



# Inschrijfformulier

## CONTACT GEGEVENS

Voorletters ..... Straatnaam + Huisnummer .....

Achternaam ..... Postcode .....

Geboortedatum ..... Woonplaats .....

Man    Vrouw       

Burgerservicenummer (BSN) .....

Mobiel nummer .....

Tel.nummer .....

E-mail ..... Huisarts .....

## IK GEEF TOESTEMMING VOOR

### Medische gegevens

#### Het opvragen van mijn medische gegevens bij mijn vorige apotheek

Apotheek: ..... Plaats: .....

- Om mijn gegevens beschikbaar te stellen via het LSP
- Het opvragen van labwaarden en inzicht in medische voorgeschiedenis bij de huisarts ten behoeve van de medicatiebewaking

*Ik heb de folder 'Jouw medische gegevens beschikbaar via het Landelijk Schakelpunt (LSP)' ontvangen en gelezen*

### Informatie delen

- Afhalen medicatie     Afgeven medicatie-overzicht

Naam gemachtigde: ..... Geboorte datum: .....

### Farmaceutisch, indien noodzakelijk het uitvoeren van een

- Medicatiebeoordeling     Inhalatiecheck door inhalatiecoach

### Het opstarten van een speciale distributievorm

- Herhaalservice     Medicijnrolservice

## IK WIL MIJN MEDICIJNEN ONTVANGEN

### Bij de afhaalautomaat bij Apotheek:

- de Struytse Hoek
- Den Bonsen Hoek
- Rijksstraatweg

### Aan huis bezorgd:

- Mijn bestelling mag worden afgegeven aan alle personen op dit adres
- Indien de geneesmiddelen door de brievenbus passen, bezorgen via de brievenbus.  
*U bent verantwoordelijk dat kinderen, huisdieren en derden niet bij uw medicijnen en/of hulpmiddelen kunnen komen.*
- Indien ik niet thuis ben mag de bestelling bij de burens worden afgegeven.  
*Onze bezorger doet een bezorgkaart door uw brievenbus als u niet thuis bent.*

### Aan de balie bij Apotheek:

- de Struytse Hoek
- Den Bonsen Hoek
- Helius Medisch Centrum
- Rijksstraatweg

## IK WIL EEN BERICHT ONTVANGEN

- Een e-mail of sms op het moment dat mijn medicijnen er aankomen of klaarstaan

**AUTOMATISCHE INCASSO**

Ondergetekende verleent hierbij tot wederopzegging machtiging aan de incassant om de desbetreffende bedragen af te schrijven van het IBAN nummer van de ondergetekende en ontvangt hiervan tenminste 5 dagen voor afschrijving bericht. Als de ondergetekende het niet eens is met de afschrijving heeft hij/zij 30 kalenderdagen de tijd om zijn/haar bank opdracht te geven om het bedrag terug te boeken.

Betaling inzake: Openstaand na aflevering geneesmiddelen  
Incasso: Na aflevering geneesmiddelen rond de 26e van de maand

**Bankgegevens ondergetekende**

IBAN nummer: NL .....

**ONDERTEKEN HET FORMULIER**

**VOORWAARDEN**

*Wij handelen conform de folder Behandeloovereenkomst DRUDI4119491, hierin staan de algemene voorwaarden van BENU Apotheken B.V. Met uitzondering van de beschreven betalingsvoorwaarden. Apotheek de Struytse Hoeck, den Bonsen Hoek en Helius Medisch Centrum hanteren de Apotheek de Struytse Hoeck B.V. algemene betalingsvoorwaarden. Wij verwerken uw gegevens zoals aangegeven in de BENU behandelovereenkomst of op de door u aangegeven toestemming op dit formulier. Uw toestemming kunt u altijd intrekken. Voor meer informatie verwijzen wij naar: [www.benuapotheek.nl/uw-privacy](http://www.benuapotheek.nl/uw-privacy) Uw toestemming kunt u altijd intrekken.*

Datum .....

Plaats .....

Handtekening .....

*Indien minderjarig dient ouder/voogd mee te tekenen*

**INVULLEN DOOR DE APOTHEEK**

Datum .....

Paraaf .....