

Inschrijfformulier medicijnkluis

Lever het volledig ingevulde formulier in bij uw Alphega apotheek.

- Ja, ik wil gebruikmaken van de medicijnkluis
- Ja, ik wil graag met meerdere gezinsleden gebruik maken van de medicijnkluis.
- Dhr. Mevr.

Naam

Geboortedatum (dd/mm/jjjj)

Mobiel nummer

E-mailadres

Straat & huisnummer

Postcode & woonplaats

IBAN rekeningnummer voor automatische incasso*

Datum

Handtekening

* Met het ondertekenen van het inschrijfformulier verleent u toestemming voor automatische incasso.