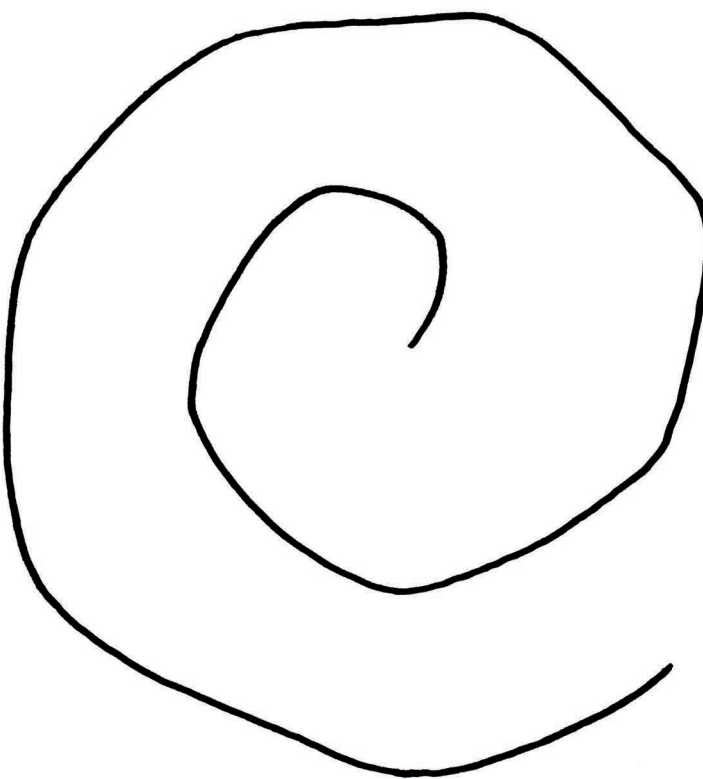
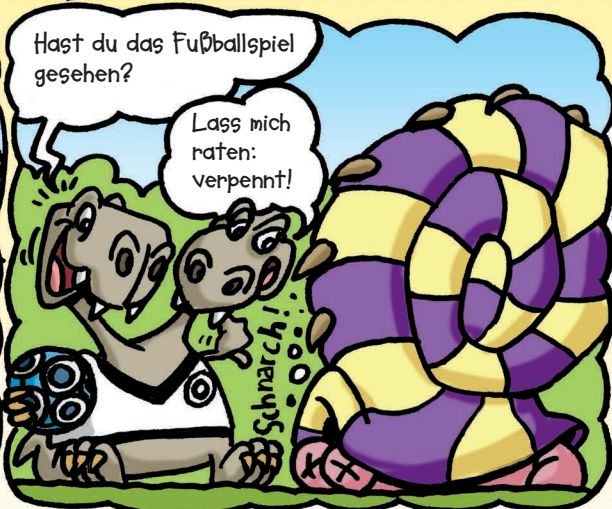


PLATSCH und HÖRN in:
Mach nicht schlapp!



Meine Apotheke: _____

Name des Kindes: _____ Alter: _____

Elternteil/Erziehungsberechtigter: _____

E-Mail-Adresse: _____

Anschrift: _____

Hiermit erkläre ich mich mit den Teilnahmebedingungen und der Nutzung meiner Daten zur Verarbeitung des Gewinnspiels einverstanden.

Unterschrift eines Elternteils/Erziehungsberechtigten _____

