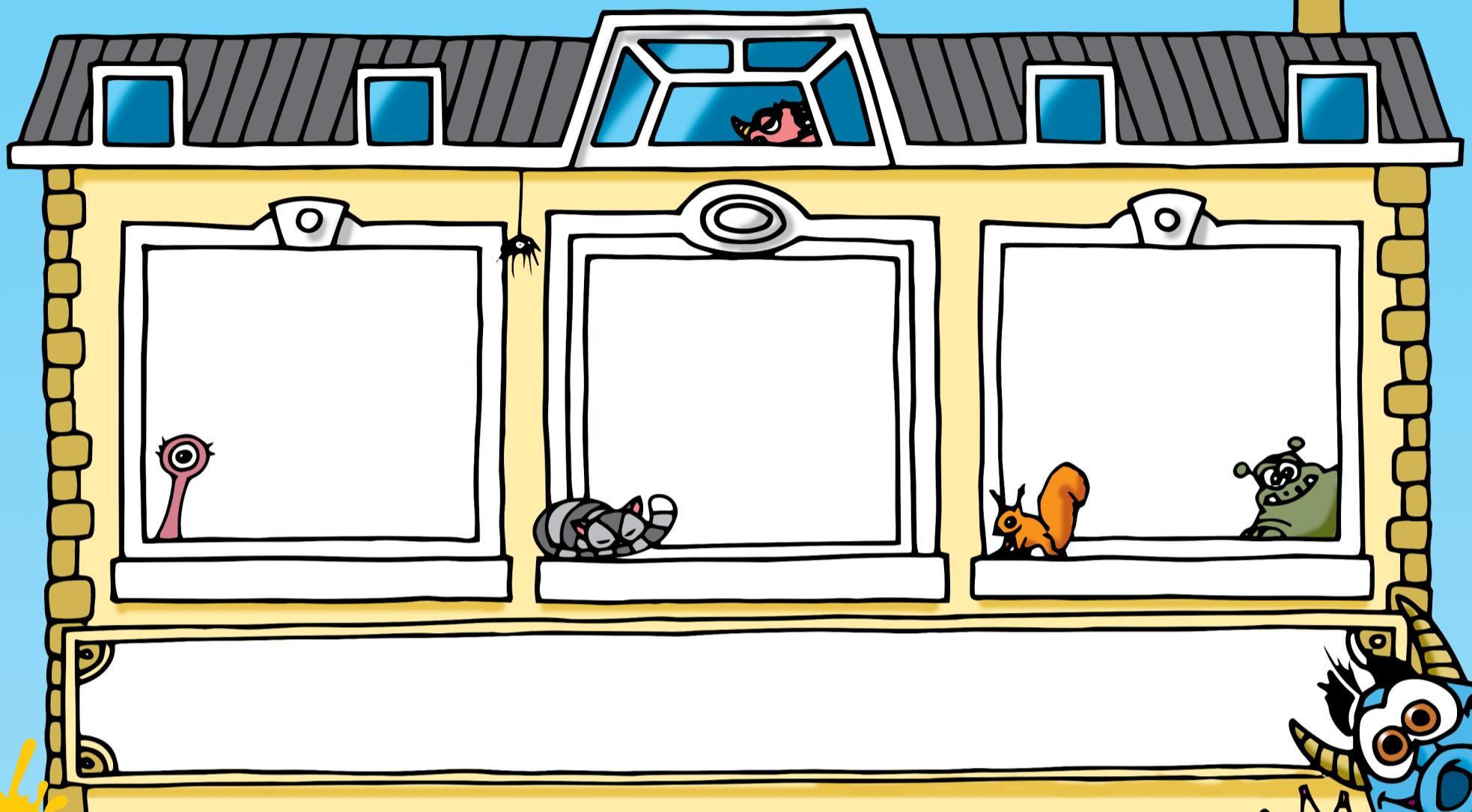
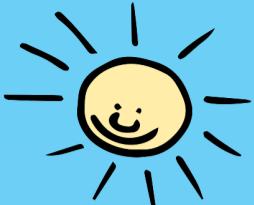


MEINE LIEBLINGS-APOTHEKE

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

Illustrationen: Andreas Weller

PLATSCH!

9 | September 2025