



KANTA-ASIAKASSOPIMUS

Kanta-asiakkaana hyväksyn, että Munkkiniemen apteekki pitää sopimuksessani ilmoittamistani tiedoista sekä lääkeostoistani rekisteriä, jonka tietoja ei ilman suostumustani luovuteta muuhun tarkoitukseen. Antamiani osoitetietoja voidaan käyttää vain apteekin tiedotukseen.

Allekirjoittamalla tämän sopimuksen annan apteekille luvan hakea KELA:n suorakorvaustiedot sähköisesti KELA:n tietokannasta.

Apteekki säilyttää perustietojani toistaiseksi ja poistaa tiedot rekisteristään, mikäli ilmoitan lopettavani kanta-asiakkuuden. Apteekki voi myös halutessaan poistaa tietoni rekisteristä, mikäli en asioi apteekissa. Lääkitystäni koskevia tietoja säilytetään kuluva ja edellinen kalenterivuosi.

Haluan vastaanottaa kanta-asiakastarjouksia sähköpostiini:

() Kyllä () En

Henkilötunnus: _____

Etunimi: _____

Sukunimi: _____

Lähiosoite: _____

Postinumero ja postitoimipaikka: _____

Sähköpostiosoite: _____

Puhelinnumero: _____

Veteraanitunnus: _____ kyllä _____ ei

Lääkeaineallergia tms. huomioitavaa: _____

Paikka ja aika: _____

Asiakkaan allekirjoitus

Apteekin edustajan allekirjoitus

Tervetuloa kanta-asiakkaaksi! Emme toimita erillisiä kanta-asiakaskortteja; esittäkää KELA- tai henkilö/ajokortti asioidessanne meillä.