

OULUN VANHA APTEEKKI

KANTA-ASIAKASSOPIMUS

Sukunimi

Etunimi

Henkilötunnus

Lähiosoite

Postiosoite

Puhelinnumero

Sähköposti

Lääkeaineallergiat tai muuta huomioitavaa

Kyllä! Liityn kanta-asiakkaaksi

Olen tutustunut alla oleviin ehtoihin ja hyväksyn ne

Olen opiskelija

Olen Marttayhdistyksen jäsen

Minulle saa lähettää viestejä

sähköpostilla

tekstiviestillä

Paikka ja aika

Asiakkaan allekirjoitus

Apteekin leima ja

apteekin edustajan allekirjoitus

Sopimus asiakasrekisterin ylläpidosta ja kanta-asiakassopimusehdot

Kanta-asiakkaana hyväksyn, että yllä mainittu apteekki pitää sopimuksessa ilmoittamistani tiedoista sekä lääkeostoistani rekisteriä, jonka tietoja ei ilman suostumustani luovuteta mihinkään muuhun tarkoitukseen. Apteekki voi käyttää antamiani tietoja ainoastaan minulle suunnattuun apteekin omaan tiedottamiseen sekä lääkityksen seurantaan. Allekirjoittamalla tämän sopimuksen annan apteekille oikeuden hakea ajantasaisesti KELA-korvaustietoni KELAn sähköisen kyselypalvelun kautta aina reseptilääkkeitani noudettaessa. Apteekki säilyttää lääkitystäni koskevia tietoja sekä perustietojani toistaiseksi. Apteekki sitoutuu poistamaan perustietoni rekisteristä, mikäli ilmoitan lopettavani kanta-asiakkuuteni. Apteekki voi myös poistaa perustietoni, mikäli en asioi apteekissa. **Pidätämme oikeuden muutoksiin.**