



KANTA-ASIAKASSOPIMUS

Mäkelänkatu 29, 00550 Helsinki p. 09-753 1878
www.vallilanapteekki.com

Sukunimi: _____

Etunimet: _____

Henkilötunnus: _____

Eryityskorvausnumerot: _____ / _____ / _____ / _____ / _____ / _____

Osoite: _____

Postinumero: _____ Postitoimipaikka: _____

Puhelinnumero: _____

Tiliasiakas:

Veteraanitunnus:

Suoraveloitussasiakas:

Tietojen säilytys yhteisvaikutusohjelmaa

varten:

Muut perheenjäsenet:

Sukunimi: _____

Sukunimi: _____

Etunimet: _____

Etunimet: _____

Henkilötunnus: _____

Henkilötunnus: _____

Eryityskorvausnumerot: _____ / _____ / _____

Eryityskorvausnumerot _____ / _____ / _____

Sopimus asiakasrekisterin ylläpidosta ja kanta-asiakassopimusehdot

Kanta-asiakkaana hyväksyn, että Vallilan apteekki pitää rekisteriä sopimuksessa ilmoittamistani tiedoista ja lääkeostoistani.

Apteekki ei luovuta rekisterin tietoja ilman suostumustani muuhun tarkoitukseen. Antamiani osoitetietoja voidaan käyttää vain apteekin omaan minulle suunnattuun tiedoitukseen. Sitoudun ilmoittamaan yhteystietojeni muutokset apteekille.

Apteekki seuraa rekisterinsä avulla reseptilääkeostojeni omavastuukertymää.

Allekirjoittamalla tämän sopimuksen annan apteekille luvan tarkistaa suorakorvaustiedot Kelan sähköisestä kyselypalvelusta.

Apteekki säilyttää lääkitystäni koskevia tietoja kuluvan ja edellisen kalenterivuoden ajalta sekä perustietoni toistaiseksi. Apteekki sitoutuu poistamaan perustietoni ilmoittaessani lopettavani kanta-asiakkuuden. Apteekki voi myös poistaa perustietoni, mikäli en asioi apteekissa. Pidätämme oikeuden muutoksiin.

Olen tutustunut yllä oleviin Kanta-asiakassopimuksen ehtoihin ja hyväksyn ne.

Helsingissä _____

Asiakas _____

Vallilan apteekki _____

Asiakas _____

Apteekin työntekijä täyttää:

Tiliasiakasnumero: _____

Päivitetty 6.3.2013

TPKassa: _____