



KANTA-ASIAKASSOPIMUS

Sukunimi: _____
Etunimet: _____
Henkilötunnus: _____
Eryityskorvausnumerot: _____ / _____ / _____ / _____ / _____
Osoite: _____
Postinumero: _____ Postitoimipaikka: _____
Puhelinnumero: _____

Tiliasiakas: Veteraanitunnus:
Suoraveloitusasiakas: 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. Apteekki seuraa rekisterinsä avulla reseptilääkeostojeni omavastuukertymää. Allekirjoittamalla tämän sopimuksen sitoudun ilmoittamaan apteekille Kelan korvausperusteisiin vaikuttavista muutoksista (erityiskorvattavien sairauksien muutokset, ulkomailla asuminen, työpaikkakassan jäsenyys, osoitteenmuutos).

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: _____

TPKassa: _____

