

Liittymislomake Tammiston Uuden Apteekin kanta-asiakkaaksi

Etunimet

.....

Sukunimi

.....

Lähiosoite

.....

Postinumero ja -toimipaikka

.....

Puhelin

.....

Henkilötunnus

.....

Sähköposti

.....

Perheenjäsenet, jotka liittyvät samaan kanta-asiakkuuteen:

Etunimet

.....

Sukunimi

.....

Henkilötunnus

.....

Etunimet

.....

Sukunimi

.....

Henkilötunnus

.....

Olen tutustunut alla oleviin ehtoihin ja hyväksyn ne

.....

pvm

Allekirjoitus

Tammiston Uuden Apteekin kanta-asiakkuussopimusehdot:

Kanta-asiakkaana hyväksyn, että apteekki pitää tiedoistani sekä lääkeostoistani rekisteriä. Tietoja käytetään ainoastaan minulle suunnattuun apteekin omaan tiedottamiseen sekä lääkitykseni seurantaan. Allekirjoittamalla tämän sopimuksen annan apteekille oikeuden hakea ajantasaiset KELA-korvaustietoni KELAn sähköisen kyselypalvelun kautta aina reseptilääkkeitani noudettaessa. Henkilötietojen tai KELAn korvaustietojen muutoksista tulee ilmoittaa viipymättä apteekkiin. Apteekki säilyttää lääkitystäni koskevia tietoja sekä perustietojani kahden vuoden ajan viimeisestä asioinnista. Apteekki pidättää oikeuden muutoksiin kanta-asiakkuuden ehdossa ja eduissa. Tarkempi tietosuojaseloste osoitteessa: tammistonapteekki.fi

Minulle ei saa lähettää kanta-asiakkuuteen liittyviä viestejä tai kanta-asiakaspostia.