



KANTA-ASIAKASSOPIMUS

Kanta-asiakkaana olen oikeutettu Porvoon Vanhan apteekin kanta-asiakkuuden tarjoamiin etuihin. Hyväksyn, että henkilötunnukseni, sairauksieni numerot ja tiedot lääkeostoistani tallennetaan Porvoon Vanhan apteekin asiakasrekisteriin. Ostojen tiedot säilyvät rekisterissä kuluvan ja seuraavan vuoden.

Kanta-asiakaskorttina toimii KELA-kortti. Ilmoitan Porvoon Vanhalle apteekille KELAn korvauserusteisiin vaikuttavista muutoksista, esimerkiksi muutokset sairautennumeroissa, ulkomailla asuminen, työpaikkakassan jäsenyys.

Porvoon Vanha apteekki ei luovuta tietojani ulkopuolisille. Osoitetietojani voidaan käyttää vain Porvoon Vanhan apteekin tiedotuksessa. Minulla on oikeus purkaa kanta-asiakassopimus niin halutessani. Porvoon Vanha apteekki pidättää oikeuden apteekkarin vaihdoksesta tai apteekista riippumattomista syistä tapahtuviin sääntöjen muutoksiin.

Asiakkaan tiedot

Sukunimi _____ Etunimi _____

Henkilötunnus _____

Lähiosoite _____

Postinumero _____ Postitoimipaikka _____

Puhelinnumero _____

Samassa taloudessa asuvien perheenjäsenten nimet:

Allekirjoitus

_____, ____/____ 20____

(Paikka ja aika)

(Asiakkaan allekirjoitus)

Apteekki täyttää:

Erityiskorvattavat sairaudet (nrot) _____

Asiakas on sotaveteraani _____ TPK-numero _____

Samassa taloudessa asuva perheenjäsen

Sukunimi _____ Etunimi _____
Henkilötunnus _____
Puhelinnumero _____

Allekirjoitus

_____, ___/___20____ (Paikka ja aika) _____ (Allekirjoitus, liittynä tai huoltaja)

Apteekki täyttää:

Erityiskorvattavat sairaudet (nrot) _____
Asiakas on sotaveteraani _____ TPK-numero _____

Samassa taloudessa asuva perheenjäsen

Sukunimi _____ Etunimi _____
Henkilötunnus _____
Puhelinnumero _____

Allekirjoitus

_____, ___/___20____ (Paikka ja aika) _____ (Allekirjoitus, liittynä tai huoltaja)

Apteekki täyttää:

Erityiskorvattavat sairaudet (nrot) _____
Asiakas on sotaveteraani _____ TPK-numero _____

Samassa taloudessa asuva perheenjäsen

Sukunimi _____ Etunimi _____
Henkilötunnus _____
Puhelinnumero _____

Allekirjoitus

_____, ___/___20____ (Paikka ja aika) _____ (Allekirjoitus, liittynä tai huoltaja)

Apteekki täyttää:

Erityiskorvattavat sairaudet (nrot) _____
Asiakas on sotaveteraani _____ TPK-numero _____