

# KANTA-ASIAKASSOPIMUS

## Sopimus asiakasrekisterin ylläpidosta ja lääkeostojen seurannasta

Kanta-asiakkaana hyväksyn sen, että Turun Kauppatorin apteekki pitää sopimuksessa ilmoittamistani tiedoista sekä lääkeostoksistani rekisteriä, jonka tietoja ei ilman suostumustani luovuteta muuhun tarkoitukseen. Antamiani osoitetietoja voidaan käyttää vain apteekin tiedotukseen.

Allekirjoittamalla tämän sopimuksen sitoudun ilmoittamaan Turun Kauppatorin apteekille KELAn korvausperusteisiin vaikuttavista muutoksista (erityiskorvattavien sairauksien muutokset, ulkomailla asuminen, työpaikkakassan jäsenyys, osoitteen muutos jne..)

Asiakkaan henkilötiedot:

Sukunimi.....

Etunimet.....

Henkilötunnus.....

Lähiosoite.....

Postitoimipaikka.....

Puhelinnumero.....

Erityiskorvattavien sairauksien koodit + .....  
Mahdollinen rajallinen voimassaoloaika

Lääkeaineallergia tms huomioitavaa.....

Paikka ja aika.....

Asiakkaan allekirjoitus

Apteekin edustajan allekirjoitus

Apteekin leima

Apteekin merkinnät.....

Tiliasiakasnumero.....

*Palauta täytetty lomake apteekkiimme!*