

VUOSAAREN APTEEKIN KANTA-ASIAKASSOPIMUS

- Hyväksyn, että henkilötunnukseni ja sairauksieni numerot sekä tiedot lääketoistani tallentuvat Vuosaaren apteekin asiakasrekisteriin.
- Samassa taloudessa asuvat perheenjäsenet voivat liittyä samalle asiakasnumerolle. Perheen ostot kartuttavat yhteistä ostokertymää. Kun kertymäsumma ylittää ostokertymärajan, vuositaulukon mukaisen alennuksen saa seuraavan käyntikerran normaalihintaisista itsehoitotuotteista, joita ei ole rekisteröity lääkkeiksi, lukuun ottamatta äidinmaidonkorvikkeita.
- Ostokertymä ja alennusprosentti ovat kalenterivuosisikohtaisia ja ne nollautuvat vuodenvaihteessa. Kalenterivuoden kertymärajat ja alennusprosentit kerrotaan vuosittain päivitetävässä kanta-asiakasesitteessä.
- Kanta-asiakaskorttina toimii Kela-kortti. Esittämällä Kela-kortin ostot tallentuvat asiakasrekisteriin. Myös kanta-asiakasalennusten saaminen edellyttää Kela-kortin esittämistä. Teknisistä syistä ostosten tallentaminen rekisteriin jälkikäteen ei ole mahdollista.
- Ilmoitan Vuosaaren apteekille Kelan korvausperusteisiin vaikuttavista muutoksista, esimerkiksi muutokset sairaudennumeroissa, ulkomailla asuminen tai työpaikkakassan jäsenyys.
- Tietoni poistetaan asiakasrekisteristä, mikäli haluan purkaa kanta-asiakassopimuksen Vuosaaren apteekin kanssa tai jos rekisterin mukaan en ole asioinut Vuosaaren apteekissa edellisen kalenterivuoden aikana. Henkilötietolaki sallii kaikkien asiakkaiden reseptiostotietojen tallentumisen apteekin tietojärjestelmään 13 kuukauden ajaksi.
- Vuosaaren apteekki pidättää oikeuden apteekista riippumattomista syistä tapahtuviin sääntöjen muutoksiin.
- Asiakasrekisteritietoja ei ilman suostumustani luovuteta Vuosaaren apteekin ulkopuolelle.
- Osoitetietojani voidaan käyttää vain Vuosaaren apteekin tiedotuksessa.

PÄÄASIAKKAAN TIEDOT:

YHTEISÖNUMERO: _____ (apteekki täyttää)

SUKUNIMI _____ ETUNIMI _____

LÄHIOSOITE _____

POSTINUMERO JA POSTITOIMIPAIKKA _____

PUHELINNUMERO _____

HENKILÖTUNNUS _____

S-POSTI _____ @ _____

SAIRAUKSIEN NUMEROT, KESTOT (apteekki täyttää)

____/____, ____/____, ____/____, ____/____

KYLLÄ, apteekin kanta-asiakasposti lähetetään minulle (vain yksi postitus/talous)

EI, en halua apteekin kanta-asiakaspostia

ALLEKIRJOITUS

_____/____ 20____

(paikka ja aika)

(asiakkaan allekirjoitus)

SAMASSA TALOUDESSA ASUVA PERHEENJÄSEN

SUKUNIMI _____ ETUNIMI _____

PUHELINNUMERO _____

HENKILÖTUNNUS _____

SAIRAUKSIEN NUMEROT, KESTOT (apteekki täyttää)

___/___, ___/___, ___/___, ___/___

ALLEKIRJOITUS

_____/___ 20____

(paikka ja aika)

(asiakkaan allekirjoitus)

SAMASSA TALOUDESSA ASUVA PERHEENJÄSEN

SUKUNIMI _____ ETUNIMI _____

PUHELINNUMERO _____

HENKILÖTUNNUS _____

SAIRAUKSIEN NUMEROT, KESTOT (apteekki täyttää)

___/___, ___/___, ___/___, ___/___

ALLEKIRJOITUS

_____/___ 20____

(paikka ja aika)

(asiakkaan allekirjoitus)

SAMASSA TALOUDESSA ASUVA PERHEENJÄSEN

SUKUNIMI _____ ETUNIMI _____

PUHELINNUMERO _____

HENKILÖTUNNUS _____

SAIRAUKSIEN NUMEROT, KESTOT (apteekki täyttää)

___/___, ___/___, ___/___, ___/___

ALLEKIRJOITUS

_____/___ 20____

(paikka ja aika)

(asiakkaan allekirjoitus)