



KANTA-ASIAKASSOPIMUS

Kanta-asiakkaana olen oikeutettu Porvoon Uuden Apteekin kanta-asiakasohjelman tarjoamiin etuihin. Edut esitellään vuosittain päivitettävässä kanta-asiakasesitteessä.

Kanta-asiakkaana hyväksyn, että Porvoon Uusi Apteekki säilyttää rekisterissään sopimuksessa ilmoittamiani tietoja sekä tiedot lääkeostoistani.

Porvoon Uusi Apteekki noudattaa henkilötietolain vaatimaa erityistä huolellisuutta tietojen käsittelyssä eikä luovuta tietojani ulkopuolisille. Antamiani tietoja voidaan käyttää apteekin tiedotukseen ja mainontaan. Minulla on oikeus purkaa kanta-asiakassopimus niin halutessani.

Asiakkaan tiedot

Sukunimi _____ Etunimi _____

Henkilötunnus _____ - _____

Lähiosoite _____

Postinumero _____ Postitoimipaikka _____

Puhelinnumero _____ Sähköpostiosoite _____

Samassa taloudessa asuvat henkilöt (HUOM! yli 18-vuotiailta henkilöiltä tarvitaan oma allekirjoitus):

Nimi _____ (ja allekirjoitus): _____

Henkilötunnus _____ - _____

Nimi _____ (ja allekirjoitus): _____

Henkilötunnus _____ - _____

Nimi _____ (ja allekirjoitus): _____

Henkilötunnus _____ - _____

Nimi _____ (ja allekirjoitus): _____

Henkilötunnus _____ - _____

Nimi _____ (ja allekirjoitus): _____

Henkilötunnus _____ - _____

Paikka

Päivämäärä

Asiakkaan allekirjoitus

_____, ____ / ____ 20____
