



STAMKUNDSAVTAL

Som stamkund är jag berättigad till förmånerna, som erbjuds i Nya Apotekets stamkundsprogram. Förmånerna presenteras varje år i stamkundsbroshyren.

Jag ger mitt samtycke till att dessa uppgifter och uppgifterna om mina medicininköp upprätthålls i Nya Apotekets register.

Nya Apoteket i Borgå överlämnar inte dessa uppgifter åt utomstående och följer i behandlingen av uppgifterna den särskilda noggrannhet som lagen om personuppgifter förutsätter. Dessa uppgifter kan användas i apotekets information och reklam. Jag har rätt att bryta stamkundsavtalet om jag så önskar.

Kundens uppgifter

Släktnamn _____ Förnamn _____

Personsignum _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _

Adress _____

Postnummer _____ Postanstalt _____

Telefonnummer _____ E-post _____

Personer som bor i samma hushåll (OBS! Av personer över 18 år egenhändig underskrift):

Namn _____ (och underskrift): _____

Personsignum _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _

Namn _____ (och underskrift): _____

Personsignum _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _

Namn _____ (och underskrift): _____

Personsignum _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _

Namn _____ (och underskrift): _____

Personsignum _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _

Namn _____ (och underskrift): _____

Personsignum _ _ _ _ _ - _ _ _ _ _

Plats

Datum

Underskrift

_____, ____ / ____ 20
