



Kanta-asiakassopimus

Henkilötunnus: _____

Sukunimi: _____ Etunimi: _____

Osoite: _____

Postinumero ja toimipaikka: _____

Puhelinnumero: _____

Lääkeaineallergiat: _____

☐ Pääkortin haltija

☐ Liityn perheryhmään/lisää pääkortin haltijan nimi ja henkilötunnus perheryhmään liittymistä varten: _____

Allekirjoittamalla hyväksyn, että tässä sopimuksessa ilmoittamistani tiedoista sekä lääkeostoistani pidetään apteekissa rekisteriä. Apteekki voi käyttää antamiani tietoja ainoastaan minulle suunnattuun apteekin omaan tiedottamiseen sekä lääkitykseni seurantaan. Sitoudun kertomaan yhteystiedoissani ja muissa tällä lomakkeella annetuissa tiedoissa tapahtuvista muutoksista apteekille.

Pvm ____/____ 20____

Allekirjoitus _____

Nimenselvennys: _____

Sopimuksen voimassaolo

Tämä sopimus on voimassa toistaiseksi, ellei jompikumpi sitä erikseen irtisano. Tämä sopimus säilytetään apteekissa. Halutessaan asiakas saa allekirjoitetusta sopimuksesta kopion allekirjoituksen yhteydessä. Mikäli asiakkaalla ei ole ostoja kahden vuoden aikana, kanta-asiakastiedot poistetaan rekisteristä. Pidätämme oikeuden muutoksiin.

Jukolan apteekki
Hongistonkuja 8
13500 Hämeenlinna
010 322 8320
jukola@apteekit.net

Avoinna
ma-pe 9 - 19
lauantaisin 9 – 16
sunnuntaisin 10 – 16
pyhäpäivinä 10-16

www.jukolanapteekki.fi
Seuraa meitä somessa:
 [jukolan apteekki](#)
 [jukolan_apteekki](#)