



KANTA-ASIAKASSOPIMUS

Sopimus asiakasrekisterin ylläpidosta ja kanta-asiakassopimusehdot

Kanta-asiakkaana annan suostumukseni siihen, että Lapin ja Uotilan apteekki tallentaa kanta-asiakasrekisteriin sopimuksessa ilmoittamiani tiedot. Ostohistoriani säilyy apteekkijärjestelmän aktiivirekisterissä 24 kk.

Kanta-asiakasrekisteri on luottamuksellinen, ja sen tietoja voi käyttää ainoastaan Lapin ja Uotilan apteekki lääkitykseni seurantaan, apteekin toiminnasta, asiakaseduista ja kanta-asiakkuudesta tiedottamiseen sekä kanta-asiakasetujen myöntämiseen. Sitoudun ilmoittamaan yhteystietojeni muutokset apteekille.

Allekirjoittamalla tämän sopimuksen annan apteekille luvan hakea ajantasaiset suorakorvaustiedot Kelan sähköisestä kyselypalvelusta aina reseptilääkkeitä noudettaessa.

Minulla on oikeus purkaa kanta-asiakassopimus niin halutessani, jolloin tietoni poistetaan kanta-asiakasrekisteristä. Apteekki voi myös poistaa tietoni rekisteristään, mikäli viimeisestä asiointistani on kulunut kaksi kalenterivuotta.

Kanta-asiakaskorttina toimii KELA-kortti. Esittämällä KELA-kortin, ostot tallentuvat kanta-asiakasrekisteriin. Myös kanta-asiakasalennusten saaminen edellyttää KELA-kortin esittämistä ostohetkellä.

Samassa taloudessa asuvat perheenjäsenet kartuttavat yhteistä ostokertymää ja saavat kertymän mukaisen alennuksen liittyessään Lapin ja Uotilan apteekkien yhteiseen kanta-asiakasrekisteriin. Kun kertymäsumma ylittää ostokertymärajan, ostokertymätaulukon* mukaisen alennuksen saa seuraavilla käyntikerroilla normaalihintaisista itsehoitotuotteista (ei lääkkeistä). Ostokertymää kartuttavat reseptilääkeostojen omavastuuosuudet, käsikauppalääkkeet sekä muut apteekin tuotteet. Ostokertymä ja alennusprosentti ovat kalenterivuosisikohtaisia ja ne nollautuvat vuodenvaihteessa.

*Voimassa olevat kalenterivuoden kertymärajat ja alennusprosentit sekä muut kanta-asiakasedut ilmoitetaan vuosittain päivitetävässä kanta-asiakasessitteessä. Pidätämme oikeuden muutoksiin.

Asiakkaan tiedot:

Nimi: _____ Henkilötunnus: _____

Lähiosoite: _____

Postinumero: _____ Postitoimipaikka: _____

Puhelinnumero(t): _____

Sähköpostiosoite: _____ Veteraanitunnus:

Lääkeaineallergiat: _____

Raumalla ____/____/20____ Allekirjoittamalla hyväksyn tässä sopimuksessa yllä mainitut ehdot

Allekirjoitus Asiakas / Edunvalvoja / Huoltaja

Lapin ja Uotilan apteekin puolesta

Lapin apteekki ja Uotilan apteekki

Katuosoite	Postiosoite	Puhelin	
Meijeritie 2	27230 Lappi	02 826 0142	www.lapinapteekki.fi
Kentäntie 2	26510 Rauma	02 824 0013	info@lapinapteekki.fi
			Y-tunnus 2837303-6
			Kotipaikka Rauma

SAMASSA TALOUDESSA ASUVA PERHEENJÄSEN:

Nimi: _____ Henkilötunnus: _____

Puhelinnumero(t): _____

Sähköpostiosoite: _____

Lääkeaineallergiat: _____

_____/_____/_____
(paikka ja aika) (asiakkaan allekirjoitus)

SAMASSA TALOUDESSA ASUVA PERHEENJÄSEN:

Nimi: _____ Henkilötunnus: _____

Puhelinnumero(t): _____

Sähköpostiosoite: _____

Lääkeaineallergiat: _____

_____/_____/_____
(paikka ja aika) (asiakkaan allekirjoitus)

SAMASSA TALOUDESSA ASUVA PERHEENJÄSEN:

Nimi: _____ Henkilötunnus: _____

Puhelinnumero(t): _____

Sähköpostiosoite: _____

Lääkeaineallergiat: _____

_____/_____/_____
(paikka ja aika) (asiakkaan allekirjoitus)

ALAIKÄISTEN LASTEN NIMET JA HENKILÖTUNNUKSET:

