

IISALMEN YKKÖSAPTEEKIN KANTA-ASIAKASSOPIMUS

- Asiakas hyväksyy, että henkilötiedot ja tiedot lääkeostoista tallentuvat Iisalmen Ykkösapteekin asiakasrekisteriin.
- Samassa taloudessa asuvat perheenjäsenet liittyvät samalle kanta-asiakasnumerolle. Perheen ostot kartuttavat yhteistä ostokertymää. Kertymä oikeuttaa alennukseen, joka koskee normaalihintaisia ei-lääkkeellisiä tuotteita. Kertymäalennuksen saa esimerkiksi vitamiineista, sidetarvikkeista, kosmetiikasta ja muista ihonhoitotuotteista.
- Ostokertymää kerryttävät reseptilääkkeiden omavastuuosuudet, ei-korvattavat osuudet ja itsehoito-ostot. Kertymään lasketaan ostot viimeisen 12 kuukauden ajalta. Ostokertymän mukainen alennus astuu voimaan seuraavalla ostokerralla. Kertymärajat ja alennusprosentit ilmoitetaan vuosittain kanta-asiakasesitteessä ja apteekin kotisivulla.
- Kanta-asiakaskorttina toimii Kela-kortti. Esittämällä Kela-kortin ostot tallentuvat asiakasrekisteriin ja asiakas saa kanta-asiakasalennuksen. Teknisistä syistä ostosten tallentaminen rekisteriin jälkikäteen ei ole mahdollista.
- Tiedot poistetaan asiakasrekisteristä, mikäli asiakas purkaa kanta-asiakassopimuksen Iisalmen Ykkösapteekin kanssa tai jos rekisterin mukaan asiakas ei ole asioinut Iisalmen Ykkösapteekissa edellisen kalenterivuoden aikana. Henkilötietolaki sallii kaikkien asiakkaiden reseptiostotietojen tallentumisen apteekin tietojärjestelmään 13 kuukauden ajaksi.
- Iisalmen ykkösapteekki pidättää oikeuden apteekista riippumattomista syistä tapahtuviin muutoksiin.
- Asiakasrekisteritietoja ei luovuteta Iisalmen Ykkösapteekin ulkopuolelle ilman asiakkaan suostumusta.
- Osoitetietoja voidaan käyttää vain Iisalmen Ykkösapteekin tiedotuksessa.

PÄÄASIAKKAAN TIEDOT:

Yhteisönumero: _____ (apteekki täyttää)
Sukunimi _____ Etunimi _____
Lähiosoite _____
Postinumero Ja Postitoimipaikka _____
Henkilötunnus _____
Puhelinnumero _____
S-posti _____@_____
 KYLLÄ, sallin apteekin tiedotteiden lähettämisen tekstiviestillä
Paikka, päivämäärä ja allekirjoitus
_____/____ 20_____

SAMASSA TALOUDESSA ASUVA PERHEENJÄSEN

Sukunimi _____ Etunimi _____
Henkilötunnus _____
Puhelinnumero _____
S-posti _____@_____
 KYLLÄ, sallin apteekin tiedotteiden lähettämisen tekstiviestillä
Paikka, päivämäärä ja allekirjoitus
_____/____ 20_____

SAMASSA TALOUDESSA ASUVA PERHEENJÄSEN

Sukunimi _____ Etunimi _____
Henkilötunnus _____
Puhelinnumero _____
S-posti _____@_____
 KYLLÄ, sallin apteekin tiedotteiden lähettämisen tekstiviestillä
Paikka, päivämäärä ja allekirjoitus
_____/____ 20_____

SAMASSA TALOUDESSA ASUVA PERHEENJÄSEN

Sukunimi _____ Etunimi _____
Henkilötunnus _____
Puhelinnumero _____
S-posti _____@_____
 KYLLÄ, sallin apteekin tiedotteiden lähettämisen tekstiviestillä
Paikka, päivämäärä ja allekirjoitus
_____/____ 20_____