

## ASIAKASREKISTERISOPIMUS

Nimi \_\_\_\_\_

Henkilötunnus \_\_\_\_\_

Sairauden numerot ja voimassaoloajat \_\_\_\_\_

Työpaikkakassa \_\_\_\_\_ Veteraani \_\_\_\_\_

Osoite \_\_\_\_\_

Puhelinnumero \_\_\_\_\_

Suostun henkilötietojeni tallentamiseen Keski-Kotkan apteekin ATK-pohjaiseen asiakasrekisteriin. Rekisterin tietoja käytetään lääkkeitä toimitettaessa, reseptejä uusittaessa sekä asiakasta, Kelaa, työpaikkakassaa tai vakuutusyhtiötä laskutettaessa. Rekisterin tietoja luovutetaan ainoastaan henkilölle itselleen tai hänen kirjallisesti valtuuttamalleen henkilölle. Apteekki säilyttää rekisterin tietoja viisi vuotta.

Ilmoitan apteekille Kela-kortin merkintöjen ja henkilötietojen muutoksista.

Kotkassa \_\_\_\_ / \_\_\_\_ 20 \_\_\_\_

Asiakkaan allekirjoitus/nimen selvennys