



Kanta-asiakassopimus

Kanta-asiakkaille voimme tarjota kokonaisvaltaisempaa lääkeneuvontaa; tallentamalla lääke- ja muut ostoksesi rekisteriimme voimme mm varmistaa yhteensopivuudet ja seurata vuosittaisia lääkekustannuksia. Tämän palvelun täysi hyödyntäminen edellyttää lääkeostojen keskittämistä. Kanta-asiakkaille tarjoamme myös kuukausittaisia tarjoustuotteita (ei lääkkeitä), alennuksia palveluista sekä 3 % alennuksen kosmetiikasta (ACO, Arbutin, Avene, Bioeffect, Eucerin, Favors, Lierac, LRP, Lumene Lab, Natuvive, Vichy, Widmer). Käytössäsi on myös kanta-asiakkaiden oma puhelinnumero 06 – 319 1112 apteekkiimme klo 10-16.

Kanta-asiakassopimusehdot:

1. Vaasan keskusapteekki saa rekisteröidä ilmoittamani tiedot ja ostoni 13 kk ajalta. Antamiani tietoja käytetään ainoastaan lääkitykseni seurantaan sekä asiakasviestintään. Tietoni käsitellään **luottamuksellisesti**, eikä niitä luovuteta ulkopuolisille. Muutoksista tietoihini ilmoitan apteekkiin.
2. Kanta-asiakkuus on **maksuton**.
3. Erillistä kanta-asiakaskorttia ei tarvita – asioidessasi apteekissa riittää, kun näytät **Kela-, henkilö- tai ajokorttisi**.
4. Apteekki sitoutuu poistamaan tietosi rekisteristä, mikäli ilmoitat lopettavasi kanta-asiakkuutesi. Apteekki voi myös poistaa perustietosi, mikäli et asioi apteekissa viimeisimmän kalenterivuoden aikana.
5. Mikäli lääkkeillä epäillään olevan haitallisia vakavia **yhteisvaikutuksia**, varmistamme tarvittaessa luvallasi hoitavalta lääkäriltä lääkkeiden yhteiskäytön. Tallennamme asiakasrekisteriin ilmoittamasi **lääkeaineallergiat ja yliherkkyydet** ja pyrimme huomioimaan ne reseptipalvelussa.
6. **Lääkekustannusten seuranta**a varten tulostamme tarvittaessa maksuttoman yhteenvedon reseptilääkeostoistasi. Lääkitystietoja luovutamme vain henkilökohtaisesti tai yksilöityä, vapaamuotoista allekirjoitettua valtakirjaa vastaan.
7. **Reseptin uusiminen**. Toivomuksestasi pyrimme uusimaan omalta lääkäriltäsi voimassa olevia paperisia ja sähköisiä reseptejä. Uusimispalvelun hinta kanta-asiakkaille on 2 €/resepti.
8. Apteekki pidättää oikeuden mahdollisiin muutoksiin.

Olen tutustunut sopimusehtoihin ja hyväksyn ne

Nimi: _____ Henkilötunnus: _____

Erityiskorvausoikeudet ja veteraanitunnus: _____

Osoite: _____

Postinumero ja -paikka: _____

Puhelin: _____

Sähköposti: _____

Lisätieto (esim. allergiat) _____

Paikka: _____ Päivämäärä: _____ / _____ 20_____

Allekirjoitus: _____