



Kanta-asiakassopimus

Liityn Kuopion Uuden apteekin kanta-asiakasrekisteriin ja suostun siihen, että apteekki voi pitää rekisterissä henkilötietojani. Apteekki sitoutuu, ettei se luovuta tietoja ulkopuolisille. Yhteystietoja voidaan käyttää kanta-asiakaspostituksiin.

Nimi:

Osoite:

Postitoimipaikka:

Puhelin:

Sähköpostiosoite:

Henkilötunnus:

Allekirjoitus ja päivämäärä:

Perheenjäsenet perhekertymään: (KELA-kortit mukaan apteekkiin)

Nimi:

Henkilötunnus:

Allekirjoitus:
