



ASIAKASREKISTERI- JA/TAI TILIASIAKKUUSSOPIMUS, Haapaveden apteekki

Sopimus asiakastietojen tallentamisesta

Asiakkaan nimi: _____

Henkilötunnus: _____

Katuosoite: _____

Postinumero ja -toimipaikka: _____

Puhelinnumero: _____

Laskutustiedot (täytetään, jos laskutusosoite eri kuin asiakkaan osoite)

Laskun saajan nimi: _____

Katuosoite: _____

Postinumero ja -toimipaikka: _____

Puhelinnumero: _____

Tämän sopimuksen lisäksi asiakas tekee suoramaksuilmoituksen tai E-laskutilauksen omassa pankissaan (tai toimittaa suoramaksutoimeksiantolomakkeen allekirjoitettuna apteekkiin).

Tämän sopimuksen perusteella yllä mainitun asiakkaan tiedot (=perustiedot) tallennetaan Haapaveden apteekin asiakas- ja/tai laskutusrekistereihin. Sopimus on voimassa toistaiseksi. Tällä sopimuksella asiakas myös antaa Haapaveden apteekille toistaiseksi voimassa olevan luvan tarkistaa häntä koskevat suorakorvaustiedot KELA:n kyselypalvelun kautta. Ostotiedot tallentuvat asiakasrekisteriin automaattisesti jokaisesta ostotapahtumasta. Asiakkaan ostotiedot poistuvat rekisteristä 13 kuukauden jälkeen, ellei asiakasrekisteriin ole tämän ajan kuluessa tallentunut ostotietoja. Tällöin myös laskutussopimus raukeaa. Asiakas voi irtisanoa sopimuksen kirjallisesti haluamanaan ajankohtana. Asiakkaan tietoja säilytetään korkeintaan kolmen vuoden ajan sopimuksen päättymisestä. Asiakkaalla on oikeus tarkistaa itseään koskevat rekisteritiedot kerran vuodessa veloituksetta. Rekistereihin tallennettuja tietoja käytetään laskutukseen, KELA-korvausten käsittelyyn sekä lääketurvallisuuden ja -informaation varmistamiseen. Tietoja rekisteristä luovutetaan ainoastaan asiakkaalle itselleen tai hänen kirjallisesti valtuuttamalleen henkilölle. Rekisterin ylläpitoa säätelee yleinen tietosuojasetus.

Lasku (jos laskutapa valittu) lähetetään asiakkaalle tai hänen edustajalleen kerran kuukaudessa tai pyydettyäessä. Maksuaika n 14 vuorokautta. Viivästyskorko on kaupan yleinen viivästyskorko. Tiliasiakkuuden hoidosta peritään erillisen hinnaston mukainen laskutuslisä.

Olen lukenut yllä olevan sopimuksen ja hyväksyn sen. Sitoudun ilmoittamaan tietoihini tulevat muutokset Haapaveden apteekkiin (muutokset tulevat voimaan, kun ne on ilmoitettu Haapaveden apteekkiin).

Paikka ja aika: _____ Allekirjoitus: _____

Haapaveden apteekki / Hanna Halonen