



Införd:

initialer

Äppelapotekets **STAMKUNDSAVTAL**

Jag godkänner med min underskrift att jag ansluter mig som stamkund vid Äppelapoteket enligt följande:

Som stamkund godkänner jag att ovan nämnda apotek upprätthåller ett register över uppgifterna jag uppgett i avtalet samt över mina köp av läkemedel. Uppgifterna i registret får inte användas för några andra ändamål utan mitt samtycke. Apoteket får endast använda mina uppgifter för att delge mig apotekets egen information samt för uppföljning av min medicinering. Genom att underteckna detta avtal ger jag apoteket rätten att få tillgång till mina FPA-ersättningsuppgifter i realtid via FPA:s elektroniska tjänst då jag hämtar ut mina receptbelagda mediciner. Apoteket sparar uppgifter om min medicinering samt mina grundläggande uppgifter tills vidare. Apoteket förbinder sig att ta bort mina uppgifter ur registret, om jag meddelar att jag vill avsluta mitt stamkundsmedlemskap. Apoteket kan även radera mina uppgifter, om jag inte handlar i apoteket.

Vi förbehåller oss rätten till ändringar.

Kundens namn*: _____

Personbeteckning*: _____

E-postadress*: _____

(För elektronisk marknadsföring)

Näradress: _____

Postnummer och -ort: _____

Telefonnummer*: _____

Datum

Kundens (eller dennes lagliga representant) **underskrift***

Minderåriga barn som ansluts till samma familj:

Barnets namn och personbeteckning: _____

Barnets namn och personbeteckning: _____

Barnets namn och personbeteckning: _____

Barnets namn och personbeteckning: _____

HUSHÅLLET'S HUVUDPERSON (om annan än ovan): _____

Huvudpersonens personbeteckning*: _____

* Obligatorisk uppgift