

# Savonlinnan Uuden apteekin KANTA-ASIAKASSOPIMUS

Sukunimi: \_\_\_\_\_ Etunimi: \_\_\_\_\_

Henkilötunnus: \_\_\_\_\_

Lähiosoite: \_\_\_\_\_

Postinumero: \_\_\_\_\_ Paikkakunta: \_\_\_\_\_

Sähköpostiosoite: \_\_\_\_\_

Puhelinnumero: \_\_\_\_\_

Minulle saa lähettää Savonlinnan Uuden apteekin viestintää

sähköpostilla  postitse

\_\_\_\_\_ Aika ja paikka

\_\_\_\_\_ Asiakkaan (tai asiakkaan laillisen edustajan) allekirjoitus

Muut samaan perheeseen kanta-asiakkaaksi liitettävät alaikäiset lapset:

Lapsen nimi ja henkilötunnus: \_\_\_\_\_

Lapsen nimi ja henkilötunnus: \_\_\_\_\_

Lapsen nimi ja henkilötunnus: \_\_\_\_\_

Lapsen nimi ja henkilötunnus: \_\_\_\_\_

PERHEKUNNAN PÄÄHENKILÖ: \_\_\_\_\_

PÄÄHENKILÖN HENKILÖTUNNUS: \_\_\_\_\_

Täytä lomake ja palauta apteekkiin.