

## APTEEKIN HENKILÖASIAKKUUSSOPIMUS

Sopimuksella liitytään Ylämyllyn Apteekin henkilöasiakkuuteen kanta-, annosjakelu- ja/tai tiliasiakkaana ja annetaan apteekille lupa tallentaa ja käsitellä asiakkaan henkilö-, resepti- ja ostotietoja tietosuojaselosteen mukaisesti sovittujen palveluiden tuottamiseksi. Sopimus purkautuu asiakkaan tai apteekin irtisanomisen tai asiakassuhteen passiivisuuden johdosta (ei ostoja 24 kk). *Kanta-asiakkuudessa* asiakkaan ostotietokertymät tallentuvat 24 kk ja asiakas voi saada hintaan, palveluun tai asiointiin perustuvia etuja. *Annosjakelussa (Anja)* apteekki toimittaa asiakkaan soveltuvat reseptilääkkeet annosjaeltuina. Annosjakelupalvelussa kustannuksia tulee palvelumaksun lisäksi myös lääkkeistä. *Tiliasiakkuudessa* asiakkaan tiliotot laskutetaan kuukausittain 14 päivän maksuajalla ja palvelusta peritään laskutuslisä. Apteekki tarkistaa tiliasiakkaan luottokelpoisuuden. Asiakkaan suostumuksella apteekki voi toimittaa asiakkaan ostokertymätietoja laskutuksen yhteyshenkilölle tämän pyynnöstä tukiin ja maksuihin. **Asiakas sitoutuu ilmoittamaan valitsemiinsa palveluihin vaikuttavat muutokset apteekkiin: kanta-asiakkuudessa** yhteystietomuutokset (osoite, puhelinnumero), *annosjakelussa* lisäksi lääkitysmuutokset, lääkehoitotauot, laitoshoidojaksot ja hoitoyksikkömuutokset ja *tiliasiakkuudessa* lisäksi pankkiyhteystietomuutokset ja edunvalvontamuutokset. **Oikeus muutoksiin pidätetään.**

### ASIAKKUUSTYYPPI

- ☐ kanta-asiakkuus (ilmainen)  
☐ tiliasiakkuus (laskutuslisä 3,90 €/kk sis. alv)  
☐ annosjakeluasiakkuus (palvelumaksu)

Anja-aloituspvm

**Annosjakelussa apteekkiin toimitettava  
ajantasainen lääkelista sekä e-  
reseptisuostumus ennen annosjakelun  
aloitusta ja aina muutoksissa !**

### ASIAKASTIEDOT

|                  |                                                                                                                                                                |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Etunimet:        | Sukunimi:                                                                                                                                                      |
| Henkilötunnus:   | Puhelinnumero:                                                                                                                                                 |
| Lähiosoite:      | Postinumero ja postitoimipaikka:                                                                                                                               |
| Sähköpostiosoite | <input type="checkbox"/> suostun asiakkuusetuviestintään ja apteekki voi lähettää minulle tietoa tarjouksista ja eduista sähköpostitse ja/tai tekstiviesteillä |

### ANNOSJAKELUASIAKKUUS

|                                                                                                                                                                                                               |                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|
| Hoitopaikka ja tiimi:                                                                                                                                                                                         | Puhelinnumero(t): |
| annosjakelupalkkion laskutus:<br><input type="checkbox"/> palvelusetelilaskutus (Siun Sote) <input type="checkbox"/> laskutus hoitoyksiköltä <input type="checkbox"/> asiakas maksaa itse (8,25€/vko sis.alv) |                   |

### TILIASIAKKUUS

|                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Laskutusosoite (jos eri kuin asiakkaan osoite):                                                                                                                                                                           |
| Laskutuksen yhteyshenkilön (omainen tms) nimi ja yhteystiedot:                                                                                                                                                            |
| <input type="checkbox"/> Suostun ostokertymätietojeni toimittamiseen laskutusyhteyshenkilölle pyynnöstään asiakasmaksuja ja tukia varten<br><input type="checkbox"/> Haluan laskulle suppeat tiedot (ei lääkkeiden nimiä) |

**Ymmärrän sopimuksen tarkoituksen ja sisällön, vakuutan tiedot oikeiksi ja ilmoitan muutoksista apteekkiin**

|                |                                                            |
|----------------|------------------------------------------------------------|
| Aika ja paikka | Asiakkaan tai edunvalvojan allekirjoitus ja nimenselvennys |
|----------------|------------------------------------------------------------|