



LIITTYMISLOMAKE

Kyllä, haluan liittyä Linnan Apteekin kanta-asiakkaaksi !

Hyväksyn henkilötietojeni tallentamisen Linnan Apteekin kanta-asiakasrekisteriin sekä lääkeostojen seurannan. Kanta-asiakasrekisteriin tallennettujen tietojen käsittely on luonnollisesti ehdottoman luottamuksellista.

Sukunimi _____ Etunimi _____
Lähiosoite _____
Postinro _____ Postitoimipaikka _____
Puhelin _____ (koti) _____ (työ)
Sosiaaliturvatunnus _____
Sairaudennumerot/voimassaoloaika, mahdolliset lääkeaineilyherkkyydet ym.

Mahdollinen työpaikkakassa (KELA-kortista) _____

Muut samassa taloudessa asuvat, jotka haluan liitettäväksi Linnan Apteekin tai Patterinhaan sivuapteekin kanta-asiakkaiksi:

Sukunimi _____ Etunimi _____
Sosiaaliturvatunnus _____
Sairaudennumerot/voimassaoloaika, mahdolliset lääkeaineilyherkkyydet ym.

Allekirjoitus _____ (alle 18 v. huoltajan allekirjoitus)

Sukunimi _____ Etunimi _____
Sosiaaliturvatunnus _____
Sairaudennumerot/voimassaoloaika, mahdolliset lääkeaineilyherkkyydet ym.

Allekirjoitus _____ (alle 18 v. huoltajan allekirjoitus)

Sukunimi _____ Etunimi _____
Sosiaaliturvatunnus _____
Sairaudennumerot/voimassaoloaika, mahdolliset lääkeaineilyherkkyydet ym.

Allekirjoitus _____ (alle 18 v. huoltajan allekirjoitus)

Sukunimi _____ Etunimi _____
Sosiaaliturvatunnus _____
Sairaudennumerot/voimassaoloaika, mahdolliset lääkeaineilyherkkyydet ym.

Allekirjoitus _____ (alle 18 v. huoltajan allekirjoitus)

Paikka ja päiväys _____ Allekirjoitus _____
_____/____/20____

