



ANNOSJAKELUSOPIMUS

Asiakkaan nimi		
Henkilötunnus		
Puh.		
Yhteyshenkilö		Puh.
Osoite		
Hoitoyksikkö		Puh.
Lähiosoite	Postinumero	Postitoimipaikka

Apteekki saa rekisteröidä ja säilyttää lääkitys- ja lääkekorvaustietoni annosjakelun tarkoittamassa laajuudessa sekä luovuttaa ne sopimusvalmistusapteekin annosjakeluyksikölle, hoitavalle lääkärille ja lääkitysasioitani hoitavalle yhteyshenkilölle. Tietoja ei käytetä muuhun tarkoitukseen kuin annosjakelutoimintaan.

Annan lisäksi apteekille toistaiseksi voimassa olevan luvan tarkistaa minua koskevat Kelan suorakorvaustiedot kyselypalvelun kautta.

Tarvittaessa liitteenä valtakirja

Paikka _____ pvm _____

Asiakkaan allekirjoitus

Apteekin edustajan allekirjoitus