

ÜLIKOOLI APTEEGI PÜSIKLIENDI AVALDUS-ANKEET

Isikukood *)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Perekonnanimi *)	<input type="text"/>										
Eesnimi *)	<input type="text"/>										
Telefon, mobiil	<input type="text"/>										
E-posti aadress	<input type="text"/>	@	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
Kõnekeel	Eesti	Vene	Muu	<input type="text"/>							
JAH, soovin kliendiposti	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>									
Postiaadress	Tänav	Maja	Krt nr	Linn, küla	Vald	Maakond	<input type="text"/>				
Postiindeks	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
Oma allkirjaga kinnitan, et olen nõus:											
1. Minu isikuandmete sisestamisega kliendiregistrisse. (Võimalus saada kogumissoodustust, eripakkumisi püsikliendile.)											
2. Minu ostuandmete säilitamisega kliendiregistris 24 kuu jooksul. (Võimalus kontrollida kogutud ja kasutatud boonuseid.)											
3. Kliendiregistri andmete kasutamisega Ülikooli Apteekides ja partnerapteekides. (Kliendina ühesugused soodustused kõigis Ülikooli Apteekides, partnerapteekides.)											
Kuupäev:											
Allkiri: *)											(üle 18 aastase allkiri)

Märkus:

*) nõutavad väljad.

ÜLIKOOLI APTEEGI PÜSIKLIENDI AVALDUS-ANKEET

Isikukood *)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Perekonnanimi *)	<input type="text"/>										
Eesnimi *)	<input type="text"/>										
Telefon, mobiil	<input type="text"/>										
E-posti aadress	<input type="text"/>	@	<input type="text"/>	<input type="text"/>							
Kõnekeel	Eesti	Vene	Muu	<input type="text"/>							
JAH, soovin kliendiposti	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>									
Postiaadress	Tänav	Maja	Krt nr	Linn, küla	Vald	Maakond	<input type="text"/>				
Postiindeks	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>				
Oma allkirjaga kinnitan, et olen nõus:											
4. Minu isikuandmete sisestamisega kliendiregistrisse. (Võimalus saada kogumissoodustust, eripakkumisi püsikliendile.)											
5. Minu ostuandmete säilitamisega kliendiregistris 24 kuu jooksul. (Võimalus kontrollida kogutud ja kasutatud boonuseid.)											
6. Kliendiregistri andmete kasutamisega Ülikooli Apteekides ja partnerapteekides. (Kliendina ühesugused soodustused kõigis Ülikooli Apteekides, partnerapteekides.)											
Kuupäev:											
Allkiri: *)											(üle 18 aastase allkiri)

Märkus:

*) nõutavad väljad.