

Tisztelt Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő!

Alulírott:	
TAJ szám:	
Születési hely:	
Születési időpont:	
Lakcím:	

Az egészségügyi és hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény 14/A.§ (3) bekezdése alapján kifejezetten **tiltakozom** hogy a gyógyszerellátásban részesítő **gyógyszerészek** az általam a kötelező egészségbiztosítás terhére igénybevett gyógyszerkiváltási adataimról tudomást szerezzenek.

Kérem ezért, hogy jelen nyilatkozatom a NEAK elektronikus lekérdező rendszerében kerüljön rögzítésre annak érdekében, **hogy a gyógyszerészek** az általam a kötelező egészségbiztosítás terhére igénybe vett, **gyógyszereléssel kapcsolatos adataimhoz ne férjenek hozzá.**

Kelt: év hó nap

Tisztelettel:

.....

aláírás