

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 11.§ (3) bekezdése alapján kifejezetten **tiltakozom**, hogy

házi orvosom:	
----------------------	--

aki a

--

szám alatti rendelőben rendel, az általam a kötelező egészségbiztosítás terhére igénybevett egészségügyi ellátások adatairól tudomást szerezzen.

Kérem ezért, hogy jelen nyilatkozatom a NEAK elektronikus lekérdező rendszerében kerüljön rögzítésre annak érdekében, **hogya nevezett házi orvos** a rám vonatkozó, a NEAK által finanszírozott egészségügyi ellátások adataihoz **ne férjen hozzá**.

Kelt: év hó nap

Tisztelettel:

.....

aláírás