

Tisztelt Országos Egészségbiztosítási Pénztár!

Alulírott....., TAJ szám:

....., születési időpont:

lakcím:..... az

egészségügyi és hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és

védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény 14/A. § (3) bekezdése alapján

kifejezetten **kérem – a korábbi letiltó nyilatkozatommal ellentétben –, hogy a**

gyógyszerellátásban részesítő **gyógyszerészek az általam a kötelező**

egészségbiztosítás terhére igénybevett gyógyszerkiváltási adataimról

tudomást szerezhessenek.

Kérem ezért, hogy jelen nyilatkozatom az OEP elektronikus lekérdező

rendszerében kerüljön rögzítésre annak érdekében, **hogy a gyógyszerészek az**

általam a kötelező egészségbiztosítás terhére igénybe vett, **gyógyszereléssel**

kapcsolatos adataimhoz hozzáférhessenek.

Kelt:.....

Tisztelettel:

.....