

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 **tiltakozom**, hogy a gyógyszerellátásban részesítő gyógyszerészek az általam a kötelező egészségbiztosítás terhére igénybevett gyógyszerkiváltási adataimról tudomást szerezzenek.

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 ne férjenek hozzá.**

Kelt:.....

Tisztelettel:

.....