

## Tisztelt Országos Egészségbiztosítási Pénztár!

Alulírott ..... TAJ szám:

....., születési időpont: ..... az

egészségügyi és hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről

szóló 1997. évi XLVII. törvény 10. § (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:.....