

OŚWIADCZENIE

.....
imię i nazwisko lekarza

.....
numer prawa wykonywania zawodu lekarza

.....
specjalności

.....
numer telefonu kontaktowego, e-mail

1. Wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych zawartych w treści używanych przeze mnie pieczęci, w szczególności na publikację tych danych w Komunikatach NFZ dotyczących skradzionych, zagubionych lub sfałszowanych pieczęci i druków recept.

.....
data i podpis składającego oświadczenie

2. Zobowiązuję się do stosowania numerów recept w sposób wykluczający ich wielokrotne użycie oraz do zawiadomienia NFZ o fakcie zagubienia lub kradzieży druków recept wydrukowanych w oparciu o przydzielony zakres numerów, jak również o każdej próbie wykorzystania tychże recept w sposób niezgodny z obowiązującymi przepisami i przez osoby nieuprawnione.

.....
data i podpis składającego oświadczenie