

PROŚBA O WYDANIE RECEPTY**Dane pacjenta**

Imię i nazwisko:

Adres:

Nazwa leku	Ilość opakowań	Dawkowanie / uwagi

Odbiór recepty (opcjonalnie)

Upoważniam do odbioru recepty:

Imię i nazwisko:

Nr dowodu (seria i numer):

Oświadczenie

Oświadczam, że podane dane są prawdziwe i składam prośbę o wystawienie recepty.

Informacja o przetwarzaniu danych

Administratorem danych osobowych jest NZOZ Łuksja-Med. Dane osobowe przetwarzane są w celu udzielania świadczeń zdrowotnych, prowadzenia dokumentacji medycznej oraz rozliczeń, na podstawie obowiązujących przepisów prawa.

Podstawą prawną przetwarzania danych jest obowiązek prawny oraz realizacja świadczeń zdrowotnych.

Dane osobowe mogą być udostępniane podmiotom uprawnionym na podstawie przepisów prawa, w szczególności podmiotom finansującym świadczenia (w tym Narodowemu Funduszowi Zdrowia), podmiotom wykonującym badania diagnostyczne oraz innym podmiotom medycznym uczestniczącym w procesie leczenia.

Dane będą przechowywane przez okres wymagany przepisami dotyczącymi dokumentacji medycznej.

Pacjent ma prawo dostępu do swoich danych, ich sprostowania, ograniczenia przetwarzania oraz wniesienia skargi do organu nadzorczego.

Podanie danych jest obowiązkowe w zakresie wynikającym z przepisów prawa.

.....
Data i czytelny podpis pacjenta