

FORMULARZ ZGŁOSZENIA ZAPOTRZEBOWANIA NA RECEPTY ZAOCZNE

Data zgłoszenia: Imię i nazwisko:

NUMER PESEL TELEFON:

Adres zamieszkania pacjenta:

Lp.	Nazwa Leku	dawka leku (ile mg)	dawkowanie dzienne	ilość opakowań
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				
10.				
11.				

Odbiór zamówionej recepty jest możliwy w aptece przy ul. Skłodowskiej-Curie 73, od poniedziałku do piątku, w godzinach od 8.00. do 19.00

Podpis osoby zgłaszającej zapotrzebowanie na leki:

Uwagi :

Odbiór recepty od dnia:

Data wystawienia recepty i nazwisko lekarza:

Podpis osoby odbierającej recepty z gabinetu lekarskiego:

Podpis osoby odbierającej recepty

Zgodnie z art. 24 ust. 1 ustawy z dnia 29 sierpnia 1997 r. o ochronie danych osobowych informuję, iż:

- 1) administratorem Pani/Pana danych osobowych jest Lecznice Citomed Sp. z o.o. z siedzibą w Toruniu, ul. M. Skłodowskiej-Curie 73
- 2) Pani/Pana dane osobowe przetwarzane będą w celu realizacji zgłoszonego zapotrzebowania na recepty zaoczne nie będą udostępniane innym podmiotom,
- 3) posiada Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych oraz ich poprawiania,
- 4) podanie danych osobowych jest dobrowolne ale niezbędne do realizacji wskazanych wyżej celów.

