

**Tisztelt Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő!**

<b>Alulírott:</b>	
<b>TAJ szám:</b>	
<b>Születési hely:</b>	
<b>Születési időpont:</b>	
<b>Lakcím:</b>	

Az egészségügyi és hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII. törvény 11.§ (3) bekezdése alapján kifejezetten **tiltakozom** az ellen, hogy a **kezelésemet végző orvosok** az általam a kötelező egészségbiztosítás terhére igénybevett egészségügyi ellátások adatairól tudomást szerezzenek.

**Kérem** ezért, hogy jelen nyilatkozatom a NEAK elektronikus lekérdező rendszerében kerüljön rögzítésre annak érdekében, **hogy a kezelésemet végző orvosok** a rám vonatkozó, a NEAK által finanszírozott egészségügyi ellátások adataihoz **ne férhessenek hozzá.**

**Kelt: év hó nap**

Tisztelettel:

.....

aláírás