

**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 14/A. § (3) bekezdése alapján kifejezetten **kérem – a korábbi letiltó nyilatkozatommal ellentétben –**, hogy a gyógyszerellátásban részesítő **gyógyszerészek** az általam a kötelező egészségbiztosítás terhére igénybevett gyógyszerkiváltási **adataimról tudomást szerezhessenek.**

**Kérem** ezért, hogy jelen nyilatkozatom a NEAK elektronikus lekérdező rendszerében kerüljön rögzítésre annak érdekében, **hogy a gyógyszerészek** az általam a kötelező egészségbiztosítás terhére igénybe vett, **gyógyszereléssel kapcsolatos adataimhoz hozzáférhessenek.**

**Kelt: év hó nap**

Tisztelettel:

.....

aláírás