**Tisztelt Nemzeti Egészségbiztosítási Alapkezelő!**

|  |  |
| --- | --- |
| **Alulírott:** |  |
| **TAJ szám:** |  |
| **Születési hely:** |  |
| **Születési időpont:** |  |
| **Lakcím:** |  |

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