

.....
imię i nazwisko lekarza

.....
miejscowość, data

.....
adres zamieszkania,

.....
telefon, adres e-mail

.....
Numer prawa wykonywania zawodu

**Mazowiecki Wojewódzki
Inspektor Farmaceutyczny,
ul. Floriańska 10
03-707 Warszawa**

Wniosek

o przydział zakresu liczb będących unikalnymi numerami identyfikującymi recepty na leki posiadające kategorię dostępności „Rpw”

Na podstawie § 9 ust. 9 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia lekarskich (Dz. U. z 2012 r., poz. 260 i Dz. U. z 2012 r. poz. 1506) wnoszę o wydanie **zakresu liczb będących unikalnymi numerami identyfikującymi recepty na leki posiadające kategorię dostępności „Rpw”**.

Oświadczam, że nie zawarłem/am umowy z Narodowym Funduszem Zdrowia upoważniającej do wystawiania recept refundowanych.

Oświadczam jednocześnie, że wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych (imię, nazwisko, nr prawa wykonywania zawodu) na potrzeby wydania przez Mazowieckiego Wojewódzkiego Inspektora Farmaceutycznego **zakresu liczb będących unikalnymi numerami identyfikującymi recepty na leki posiadające kategorię dostępności „Rpw” (zgodnie z Ustawą z dnia 29 sierpnia 1997 roku o Ochronie Danych Osobowych, Dz. U. z 2002r. Nr 101, poz. 926 z póź. zm.)**.

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)

Ja niżej podpisany, świadomy odpowiedzialności karnej za składanie fałszywych zeznań, wynikającej z art. 233 § 1 Kodeksu Karnego w brzmieniu: **„Kto, składając zeznanie mające służyć za dowód w postępowaniu sądowym lub w innym postępowaniu prowadzonym na podstawie ustawy, zeznaje nieprawdę lub zataja prawdę, podlega karze pozbawienia wolności do lat 3”** oświadczam, że dane zawarte we wniosku są prawdziwe.

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)