

.....
imię i nazwisko lekarza

.....
miejsowość, 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 § 5 ust.10 rozporządzenia Ministra Zdrowia z dnia 17 kwietnia 2018 w sprawie recept lekarskich (Dz. U. z 2018 r., poz. 745 i Dz. U. z 2018 r. poz. 1773) 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 10 maja 2018 roku o ochronie danych osobowych Dz. U. 2018 poz. 1000).

.....
(czytelny podpis wnioskodawcy)