

.....
(imię i nazwisko)

....., dnia r.

.....
(adres)

.....
(nr prawa wyk. Zawodu osoby
uprawnionej do wystawiania recept)

ZGŁOSZENIE

Zgłaszam kradzież*, zaginięcie*, sfalszowanie* - pieczątki*/recept*.

Poniżej przedstawiam wzór pieczątki nieaktualnej:

Poniżej przedstawiam wzór pieczątki aktualnej:

Poniżej podaję zakres recept skradzionych*, sfalszowanych*, zgubionych*:

Nr recepty od

Nr recepty do

Nr recepty od

Nr recepty do

Nr recepty od

Nr recepty do

W związku z zaistniałą sytuacją wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych w tym zakresie przez Narodowy Fundusz Zdrowia.

Informację przekazać do Aptek/Punktów Aptecznych*:

TAK / **NIE**

.....
Podpis i pieczęć osoby uprawnionej
do wystawiania recept

*niepotrzebne skreślić