



Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów
Lecznictwa Otwartego Warszawa – Ochota
ul. Szczęśliwicka 36, 02-353 Warszawa
tel.: 22 822 32 21/25 www.szpzlo-ochota.pl

Załącznik nr 3

Informacja o przekazaniu recept

Ja, niżej podpisany

.....
(Imię i nazwisko)

.....
(nr PESEL)

.....
(Adres zamieszkania)

Oświadczam, że odebrałem/am receptę/y wystawioną/e w dniu
.....r. w ramach udzielenia świadczenia Panu(i)
....., zgodnie z art. 42 ust. 2 ustawy
z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty.

.....
Data i podpis

Administratorem danych osobowych podanych przez Pana/Panią jest Samodzielny Zespół Publicznych Zakładów Lecznictwa Otwartego Warszawa-Ochota z siedzibą w Warszawie, ul. Szczęśliwicka 36, 02-353 Warszawa. Celem przetwarzania Pana/Panią danych osobowych jest dołączenie informacji o osobie, której przekazano receptę do tej dokumentacji medycznej pacjenta. Obowiązek podania danych osobowych wynika z art. 42 ust. 5 ustawy z dnia 5 grudnia 1996 r. o zawodach lekarza i lekarza dentysty (Dz.U. 1997 Nr 28, poz. 152, z późn. zm.). Przysługuje Panu/Pani prawo żądania dostępu do swoich danych osobowych, ich sprostowania, lub ograniczenia przetwarzania.