

.....
(imię i nazwisko)

....., dnia.....r.

.....
(adres)

.....
(nr prawa wyk. zawodu lekarza)

ZGŁOSZENIE

Zgłaszam kradzież*, zaginięcie*, sfalszowanie* - pieczętki lekarskiej*/recept*.

Poniżej przedstawiam wzór pieczętki nieaktualnej:

Poniżej przedstawiam wzór pieczętki 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

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.

.....
Podpis i pieczęć lekarza

*niepotrzebne skreślić