

# Žádost o vydání karty pacienta

Jméno \_\_\_\_\_

Příjmení \_\_\_\_\_

Rodné číslo \_\_\_\_\_

Zdravotní pojišťovna \_\_\_\_\_

## Kontaktní údaje

Ulice \_\_\_\_\_

Město \_\_\_\_\_

PSČ \_\_\_\_\_

Telefon/Mobil \_\_\_\_\_

eMail \_\_\_\_\_

Souhlasím s tím, aby v souladu se zákonem č. 101/2000Sb. „O ochraně osobních údajů“ ve znění pozdějších předpisů, níže uvedená společnost zpracovávala mnou poskytnuté osobní a citlivé údaje a to pro účely sledování užívaných léčivých přípravků a jejich vzájemných interakcí a dále pak za účelem zasílání obchodních nabídek. Beru na vědomí, že údaje budou uchovávány a využívány v rámci činnosti této společnosti a to až do odvolání písemnou formou. Jsem si vědom/a toho, že poskytnutí údaje je dobrovolné, a že souhlas s jejich zpracováním mohu kdykoliv odvolat.

\_\_\_\_\_  
Datum

\_\_\_\_\_  
Razítko lékárny

\_\_\_\_\_  
Podpis pacienta