

Data

Wypełniony formularz proszę przesać do:

FAX:

E-MAIL:

ZAMÓWIENIE

Dane/pieczątko Szpitala (nazwa, adres dostawy,
NIP)

.....
.....
.....
.....

Produkt	Liczba opakowań	Unikalny Numer Pacjentki [UNP - 5 ostatnich cyfr Nr. PESEL Pacjentki]				
nazwa produktu (dawka)						

*** Informacja wymagana w celu należytej realizacji i rozliczenia dostaw zgodnie z decyzją o objęciu refundacją produktu**

Wyrażam zgodę na przetwarzanie przez z siedzibą w (administrator danych) podanych niżej moich danych osobowych w celu realizacji niniejszego Zakupu Interwencyjnego. Podanie niniejszych danych jest dobrowolne i jestem świadomy, że przysługuje mi prawo do wglądu, ich poprawiania i żądania ich usunięcia.

Imię i nazwisko

Stanowisko

Podpis i pieczęćka
