

ZGŁOSZENIE INFORMACJI DOTYCZĄCEJ BEZPIECZEŃSTWA STOSOWANIA PRODUKTÓW

Nazwa produktu, którego dotyczy zgłoszenie:	
Seria/partia	
Data ważności	
Dane osoby u której wystąpiło działanie niepożądane:	
Inicjały	
Wiek	
Płeć osoby	
Czy osoba w trakcie przyjmowania leku była w ciąży?	Jeżeli tak, proszę podać tydzień ciąży:
Informacje o działaniu niepożądanym, data wystąpienia:	
Opis działania niepożądanego	
Opis dawkowania/stosowania produktu	
Data przyjęcia pierwszej dawki	
Okres stosowania produktu u kobiety ciężarnej	
Jeśli w okresie stosowania produktu były przyjmowane inne leki, proszę je wpisać obok	
Dane osoby zgłaszającej:	
Imię i nazwisko	
Zawód (jeśli jest to osoba wykonująca zawód medyczny)	
Pacjent / opiekun pacjenta / inna osoba	
Adres, telefon, e-mail, fax	

Niniejszy formularz proszę przesłać na adres: pv@polskilek.pl

Niniejszym wyrażam zgodę na przetwarzanie moich danych osobowych przez Polski Lek – Dystrybucja Sp. z o.o., ul. Chopina 10, 34-100 Wadowice, oraz Rapofarm Kamil Rupieta z siedzibą ul. Kazimierza Górskiego 3, 97-400 Bełchatów (podmiotu współpracującego z Polski Lek - Dystrybucja Sp. z o. o. przy przyjmowaniu, analizowaniu, archiwizacji i procesowaniu zgłoszeń do odnośnych władz).

Informujemy iż Pani/a dane NIE będą przekazywane innym podmiotom oraz że ma Pani/Pan prawo dostępu do treści swoich danych, prawo ich poprawiania, prawo sprzeciwu wobec ich przetwarzania w wyżej opisanym celu, a także prawo zażądania zaprzestania przetwarzania i usunięcia swoich danych osobowych.

Podanie danych osobowych przez osoby wykonujące zawód medyczny jest obowiązkowe.

W przypadku pozostałych osób podanie danych osobowych jest dobrowolne, ale niezbędne do przyjęcia zgłoszenia.