



Informar al Cuerpo Legislativo de la Florida que:

- ✓ No estoy de acuerdo que los Administradores de Beneficios de Farmacia usen la información privada de mi receta para enviarla a otra farmacia sin mi consentimiento.
- ✓ No estoy de acuerdo que se me obligue a recibir mis recetas de una farmacia que vende por correo o de una farmacia que yo no he escogido.
- ✓ Quiero unirme a esta petición para asegurarme que los legisladores de la Florida investigarán los cambios injustos que se hagan en mi seguro de salud.

¡Por favor tome 10 segundos y visite
www.myScriptmyChoice.com
para que presten atención a su opinión!



Informar al Cuerpo Legislativo de la Florida que:

- ✓ No estoy de acuerdo que los Administradores de Beneficios de Farmacia usen la información privada de mi receta para enviarla a otra farmacia sin mi consentimiento.
- ✓ No estoy de acuerdo que se me obligue a recibir mis recetas de una farmacia que vende por correo o de una farmacia que yo no he escogido.
- ✓ Quiero unirme a esta petición para asegurarme que los legisladores de la Florida investigarán los cambios injustos que se hagan en mi seguro de salud.

¡Por favor tome 10 segundos y visite
www.myScriptmyChoice.com
para que presten atención a su opinión!



Informar al Cuerpo Legislativo de la Florida que:

- ✓ No estoy de acuerdo que los Administradores de Beneficios de Farmacia usen la información privada de mi receta para enviarla a otra farmacia sin mi consentimiento.
- ✓ No estoy de acuerdo que se me obligue a recibir mis recetas de una farmacia que vende por correo o de una farmacia que yo no he escogido.
- ✓ Quiero unirme a esta petición para asegurarme que los legisladores de la Florida investigarán los cambios injustos que se hagan en mi seguro de salud.

¡Por favor tome 10 segundos y visite
www.myScriptmyChoice.com
para que presten atención a su opinión!



Informar al Cuerpo Legislativo de la Florida que:

- ✓ No estoy de acuerdo que los Administradores de Beneficios de Farmacia usen la información privada de mi receta para enviarla a otra farmacia sin mi consentimiento.
- ✓ No estoy de acuerdo que se me obligue a recibir mis recetas de una farmacia que vende por correo o de una farmacia que yo no he escogido.
- ✓ Quiero unirme a esta petición para asegurarme que los legisladores de la Florida investigarán los cambios injustos que se hagan en mi seguro de salud.

¡Por favor tome 10 segundos y visite
www.myScriptmyChoice.com
para que presten atención a su opinión!