

Sol·licitud de reintegrament d'aportacions farmacèutiques

Dades de la persona sol·licitant

Primer llinatge: Segon llinatge:

Nom: Núm. del document d'identitat:

Núm. d'afiliació a la Seguretat Social: CIP:

3	8								
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--

Dades a l'efecte de rebre-hi notificacions

Tipus (carrer, plaça...) i nom de la via:

Núm.: Pis: Porta: Localitat:

Codi postal: Municipi: Telèfons:

Dades de la persona perceptora de la prestació farmacèutica

Titular Beneficiària

(Només si no coincideix amb la sol·licitant)

Primer llinatge: Segon llinatge:

Nom: Núm. del document d'identitat:

Núm. d'afiliació a la Seguretat Social: CIP:

3	8								
---	---	--	--	--	--	--	--	--	--

Motiu de la sol·licitud:

Declar que són certes les dades que he consignat en aquesta sol·licitud i que puc acreditar-les documentalment.

....., d de

(rúbrica de la persona sol·licitant)

Documents necessaris:

- A) Declaració responsable de dades bancàries de la persona sol·licitant.
- B) Original de la factura de l'oficina de farmàcia, individualitzada per pacient i amb el detall dels productes dispensats.
- C) Còpia de la recepta si no es tracta de dispensacions electròniques.
- D) Altres documents:

DIRECCIÓ GENERAL DEL SERVEI DE SALUT DE LES ILLES BALEARS