

Solicitud de reintegro de aportaciones farmacéuticas

Datos de la persona solicitante

Primer apellido: Segundo apellido:

Nombre: N.º del documento de identidad:

N.º de afiliación a la Seguridad Social: CIP:

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

Datos a efectos de recibir notificaciones

Tipo (calle, plaza...) y nombre de la vía:

N.º: Piso: Puerta: Localidad:

Código postal: Municipio: Teléfonos:

Datos de la persona perceptora de la prestación farmacéutica

Titular Beneficiaria

(Solo si no coincide con la solicitante)

Primer apellido: Segundo apellido:

Nombre: N.º del documento de identidad:

N.º de afiliación en la Seguridad Social: CIP:

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

Motivo de la solicitud

Declaro que son ciertos los datos que he consignado en esta solicitud y que puedo acreditarlos documentalmente.

....., de de

(Rúbrica de la persona solicitante)

Documentos necesarios:

- A) Declaración responsable de datos bancarios de la persona solicitante.
- B) Original de la factura de la oficina de farmacia, individualizada por paciente y con el detalle de los productos dispensados.
- C) Copia de la receta si no se trata de dispensaciones electrónicas.
- D) Otros documentos:

DIRECCIÓN GENERAL DEL SERVICIO DE SALUD DE LAS ISLAS BALEARES