

SOLICITUD MENSUAL REINTEGRO APORTACIÓN FARMACÉUTICA

1. - DATOS DEL INTERESADO:

APELLIDOS Y NOMBRE: _____

D.N.I.: _____

CIP: _____

ÁREA DE SALUD: _____

GASTO REALIZADO:

AÑO	MES	GASTO	AÑO	MES	GASTO
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____	_____	_____

2 - DATOS A EFECTOS DE COMUNICACIONES:

DIRECCIÓN: _____ Nº _____ PISO: _____

LOCALIDAD: _____ PROVINCIA: _____

C.POSTAL: _____ TELEFONO: _____

3 - DATOS BANCARIOS:

Código Banco	Código Sucursal	D.Control	Número de Cuenta
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

D.N.I.TITULAR DE LA CUENTA: _____

4. - DOCUMENTACIÓN APORTADA:

- Fotocopia del D.N.I. del Solicitante.
- Documento de Alta a Terceros debidamente cumplimentado y sellado por la entidad bancaria.
- Original de la factura o ticket acreditativo de los gastos realizados con receta manual sellado y firmado por la oficina de farmacia expendedora de los medicamentos.
- Copia de las recetas manuales debidamente cumplimentadas y de forma legible.

En a de de 201...

Firma del Solicitante

ILMO. SR. DIRECTOR GERENTE DEL SERVICIO EXTREMEÑO DE SALUD