

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 (senyalau les caselles corresponents)

- ☐ Aportació de receptes de prestació farmacèutica expedides a mà o en altres comunitats autònomes per incloure-les en el càlcul del reintegrament (heu d'aportar els documents de l'apartat B)
- ☐ Aportació o modificació de dades (bancàries, personals, etc.) (heu d'aportar el document de l'apartat A si es tracta de dades bancàries i el document de l'apartat C)
- ☐ Desacord amb la quantia de la devolució rebuda (heu d'aportar els documents dels apartats B i C)
- ☐ Desacord per no haver rebut el reintegrament (heu d'aportar els documents dels apartats B i C)

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 aportats

- A) Certificat bancari del compte de la persona sol·licitant (vegeu el model TG002, annex).
- B) Còpia de la recepta i original de la factura de l'oficina de farmàcia, individualitzada per pacient i amb el detall dels productes dispensats.
- C) Escrit que detalli el motiu del desacord, l'import i la data a què fa referència.
- D) Altres documents:

DIRECCIÓ GENERAL DEL SERVEI DE SALUT DE LES ILLES BALEARS



Sol·licitud de transferència bancària per a pagaments de la Comunitat Autònoma de les Illes Balears

NIF de la persona receptora	Dígit de control	Difer.	Manament	Classe

Dades de la persona sol·licitant	Llinatges i nom o raó social				
	Nom de la via pública		Número	Pis	Porta
	Telèfon	Fax	Localitat	Codi postal	Municipi

Dades de l'entitat bancària	Entitat			
	Domicili de la sucursal o de l'oficina			
	Codi del compte del client			
	Codi de l'entitat (4 dígits)	Codi de la sucursal (4 dígits)	Dígits de control (2)	Número del compte corrent o de la llibreta (10 dígits)

....., d de

(rúbrica de la persona interessada)

DILIGÈNCIA DE CONFORMITAT DE L'ENTITAT BANCÀRIA

Les dades consignades coincideixen amb els que figuren en aquesta oficina.

El director / La directora

(rúbrica)

(segell de l'entitat)