

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 (señale las casillas correspondientes)

- Aportación de recetas de prestación farmacéutica expedidas a mano o en otras comunidades autónomas para incluirlas en el cálculo del reintegro (debe aportar los documentos del apartado B)
- Aportación o modificación de datos (bancarios, personales, etc.) (debe aportar el documento del apartado A si se trata de datos bancarios y el documento del apartado C)
- Desacuerdo con la cuantía de la devolución recibida (debe aportar los documentos de los apartados B y C)
- Desacuerdo por no haber recibido el reintegro (debe aportar los documentos de los apartados B y C)

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 aportados

- A) Certificado bancario de la cuenta de la persona solicitante (véase el modelo TG002, anexo).
- B) Copia de la receta y original de la factura de la oficina de farmacia, individualizada por paciente y con el detalle de los productos dispensados.
- C) Escrito que detalle el motivo del desacuerdo, el importe y la fecha a que hace referencia.
- D) Otros documentos:

DIRECCIÓN GENERAL DEL SERVICIO DE SALUD DE LAS ISLAS BALEARES



Solicitud de transferencia bancaria para pagos de la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares

<i>NIF de la persona receptora</i>	<i>Dígito de control</i>	<i>Difer.</i>	<i>Mandamiento</i>	<i>Clase</i>

Datos de la persona solicitante	<i>Apellidos y nombre o razón social</i>					
	<i>Nombre de la vía pública</i>			<i>Número</i>	<i>Piso</i>	<i>Puerta</i>
	<i>Teléfono</i>	<i>Fax</i>	<i>Localidad</i>	<i>Código postal</i>	<i>Municipio</i>	

Datos de la entidad bancaria	<i>Entidad</i>			
	<i>Domicilio de la sucursal o de la oficina</i>			
	<i>Código de la cuenta del cliente</i>			
	<i>Código de la entidad (4 dígitos)</i>	<i>Código de la sucursal (4 dígitos)</i>	<i>Dígitos de control (2)</i>	<i>Número de la cuenta corriente o de la libreta (10 dígitos)</i>

....., de de

(rúbrica de la persona interesada)

DILIGENCIA DE CONFORMIDAD DE LA ENTIDAD BANCARIA

Los datos consignados coinciden con los que obran en esta oficina.

El director / La directora

(rúbrica)

(sello de la entidad)