

BENEFICIARIO PARA EL QUE SE SOLICITA:

(En caso de tratarse del titular del derecho, no se cumplimentará este apartado)

Apellidos: _____

Nombre: _____

Parentesco con el titular:

Fecha y firma:

En _____, a ____ de _____ de 202__

Firmado:

DOCUMENTACIÓN QUE HA DE APORTAR

La solicitud deberá ser cumplimentada por el titular de la Tarjeta Sanitaria y a su nombre, acompañando la siguiente documentación:

- a) Fotocopias de:
 - DNI/NIE por ambas caras
 - Tarjeta Sanitaria

- b) Documento de Alta de Terceros debidamente cumplimentado y sellado por la entidad bancaria.

- c) Copia de receta/Hoja de tratamiento/Histórico de tratamiento.

- d) Factura sellada y firmada por la oficina de farmacia expendedora de los medicamentos.

- e) Resolución del reconocimiento como pensionista por el Instituto Nacional de la Seguridad Social, en el caso de solicitar la devolución de la aportación de activo.

DÓNDE PRESENTAR LA SOLICITUD:

LA SOLICITUD IRÁ DIRIGIDA AL DEPARTAMENTO DE PRESTACIONES SANITARIAS DEL ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ, Y SE PRESENTARÁ PREFERENTEMENTE EN CUALQUIER OFICINA DE ATENCIÓN AL CIUDADANO DE LA JUNTA DE EXTREMADURA, SIN PERJUICIO DE SU PRESENTACIÓN POR CUALQUIER OTRA VÍA ESTABLECIDA SEGÚN LA LEGISLACIÓN VIGENTE.