

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) Informe médico justificativo de la necesidad de prescripción al paciente.

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

- f) 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 (**CÓDIGO DIR: A11037352**), 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.

GERENTE DEL ÁREA DE SALUD DE BADAJOZ