Región de Murcia
Consejería de Sanidad
y Política Social

A cumplimentar por la Administración

Nº de Expediente:

Servicio Murciano de Salud

Servicio de Gestión Farmacéutica
D.G. de Asistencia Sanitaria

ANEXO II

SOLICITUD DE CÓMPUTO DE LAS APORTACIONES EFECTUADAS EN OFICINAS DE FARMACIA DE FUERA DE LA REGIÓN DE MURCIA SUSCEPTIBLES DE REEMBOLSO

PRIMER APELLIDO:	**SEGUNDO APELLIDO:**	**NOMBRE:**	
DOMICILIO:	**C.P.**	**LOCALIDAD:**	**PROVINCIA:**
N.I.F.:	**C.I.P.**	**TELEFONO/S**	**CORREO ELECTRÓNICO:**

SOLICITA sean computadas las cuantías aportadas por medicamentos dispensados a través de receta oficial en oficinas de farmacia de Comunidades Autónomas distintas a la Región de Murcia.

En relación con lo expuesto realizo las siguientes consideraciones y aporto la documentación pertinente:

DOCUMENTACIÓN ADJUNTA (*indique el número de documentos aportados*):		
	Recibo/s de compra de la oficina de farmacia con identificación del usuario.	
	Copia del volante de instrucciones al paciente o de la/s receta/s dispensada/s sellada/s por la oficina de farmacia.	

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

(Puede continuar escribiendo en el reverso).

Fecha y firma del interesado

DIRIGIDO AL SERVICIO DE ASEGURAMIENTO Y PRESTACIONES
SERVICIO MURCIANO DE SALUD

De conformidad con la Ley de Orgánica 15/1999 de Protección de Datos Personales, Ud. da su consentimiento para el tratamiento de los datos personales aportados a través de su petición. Estos serán incluidos en el fichero Gestión de prestación farmacéutica. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición establecidos en dicha Ley, ante el Servicio de Gestión Farmacéutica, Dirección General de Asistencia Sanitaria, C/ Central ,7 .Edif. Habitamia – 30100 – Espinardo Murcia.