

SOLICITUD DE REINTEGRO DE GASTOS DE PRESTACION ORTOPROTÉSICA.

EXPEDIENTE (a cumplimentar por la Administración):

PACIENTE/SOLICITANTE: (Cumplimentar en todo caso con los datos del paciente)

| | | |
|-------------------|------------------|-------------|
| Nombre: | Primer apellido: | |
| Segundo apellido: | D.N.I. | C.I.P./CIPA |

REPRESENTANTE: (Cumplimentar en caso de representación)

| | | |
|---------------------------|------------------|--|
| Nombre: | Primer apellido: | |
| Segundo apellido: | D.N.I. | |
| Título de representación: | | |

DOMICILIO (Cumplimentar con los datos del paciente si es el solicitante, si actúa por medio de representante cumplimentar con los datos del representante)

| | | | |
|---------------------|------------|-----------|------------|
| Vía: | Número: | Planta: | Puerta: |
| C.P.: | Localidad: | | Provincia: |
| Correo Electrónico: | | Teléfono: | |

CAUSA DE LA ASISTENCIA (señalar con una x la que proceda)

| |
|---|
| Enfermedad común |
| Accidente de trabajo o enfermedad profesional |
| Accidente de Tráfico |
| Otros |

DATOS BANCARIOS PARA TRANSFERENCIA (24 dígitos)

| | | | | | |
|------|------|---------|---------|------|--------------|
| País | D.C. | Entidad | Oficina | D.C. | Nº de cuenta |
|------|------|---------|---------|------|--------------|

Titular de la cuenta

D.N.I.

PRODUCTO/S QUE SOLICITAN:

