

**Región de Murcia** Consejería de Salud

A cumplimentar por la Administración Nº de Expediente:

**ANEXO II**

Servicio de Gestión Farmacéutica

D.G. de Asistencia Sanitaria

**Procedimiento 1320 Teléfonos de información: 012 y 968362000**

**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 A SUBIDIRECCION GENERAL DE ACTIVIDAD CONCERTADA 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.