

Espacio reservado para la Administración.

Solicitud de Reintegro de Gastos por Productos Farmacéuticos de Uso Pediátrico

| Motivo por el que se Solicita el Reintegro <i>(Señalar lo que proceda)</i> | |
|--|-----------------------------|
| | Familia Numerosa. |
| | Persona Discapacitada. |
| | Enfermo Pediátrico Crónico. |

| Datos del Beneficiario/a - Usuario/a <i>(Menor de 15 años)</i> | | | |
|--|--|---------------------------|-------------------|
| <i>Primer Apellido:</i> | <i>Segundo Apellido:</i> | <i>Nombre</i> | <i>N I F:</i> |
| <i>Nº Tarjeta Sanitaria – C I P:</i> | <i>Domicilio (calle, número, piso, puerta)</i> | | |
| <i>Localidad:</i> | <i>Municipio:</i> | <i>Código Postal:</i> | <i>Provincia:</i> |
| <i>Teléfono 1:</i> | <i>Teléfono 2:</i> | <i>Correo electrónico</i> | |

| Datos del Representante Legal. Padre, Madre o Tutor <i>(En usuario/a menor de edad)</i> | | | |
|---|--------------------------|---------------------------|---------------|
| <i>Primer Apellido:</i> | <i>Segundo Apellido:</i> | <i>Nombre</i> | <i>N I F:</i> |
| <i>Parentesco con el Beneficiario/a:</i> | <i>Teléfono/s:</i> | <i>Correo electrónico</i> | |

| Primera Petición o Petición Sucesiva <i>(Señalar lo que proceda)</i> | |
|--|--|
| | Primera petición. Solicitud de beneficiario/a nueva. |
| | Petición sucesiva para los que ya tengan reconocido el derecho de gastos. En este caso DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD que se mantienen las mismas circunstancias que motivaron el reconocimiento del derecho a la obtención gratuita de productos farmacéuticos de uso pediátrico para las familias numerosas, personas con discapacidad extremeñas y enfermos pediátricos crónicos, previstas en el Decreto 68/2006. |

Firmado: Fecha: de.....de 20.....

Nombre y apellidos:.....