

Espacio reservado para la Administración.

**Solicitud de Reintegro de Gastos por
 Prestaciones Ortoprotésicas y por Prestaciones Farmacéuticas**

Prestación Solicitada (Señalar lo que proceda)	
	Reintegro de Gastos: Material Ortoprotésico.
	Reintegro de Gastos: Farmacia, Medicamentos Extranjeros y Otros.

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

Datos del Representante Legal (En usuario/a menor de edad, incapacitado/a y discapacitado/a)			
Primer Apellido:	Segundo Apellido:	Nombre	N I F:
Parentesco con el Beneficiario/a:	Teléfono/s:	Correo electrónico	

Fundamento/s de la petición (Indicar el hecho o circunstancia en el que se basa la solicitud)

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

Nombre y apellidos: