



SOLICITUD DE PRESTACIÓN SANITARIA

Apellidos: _____	Nombre: _____
Calle o Plaza: _____	Número: _____ Piso: _____
Localidad: _____	Cód. Postal: _____
Provincia: _____	Teléfono: _____

S O L I C I T A :

Que, al estar recibiendo tratamiento de Oxigenoterapia Domiciliaria con Concentrador y de acuerdo con lo establecido en el apartado 2.2. de la Resolución de 1 de marzo de 2006, del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (BOE nº 62, de 14 de marzo de 2.006), **le sea concedida la compensación económica por los gastos de electricidad.**

En _____ a ____ de _____ de 20 ____

Fdo.: _____

DOCUMENTACIÓN A ADJUNTAR:

- 1.- Fotocopia del DNI del beneficiario/a de la Prestación.
- 2.- Fotocopia de la Tarjeta Sanitaria del beneficiario/a de la Prestación.
- 3.- Informe de la prescripción del Facultativo.
- 4.- Copia de la Ficha de instalación del equipo.
- 5.- Alta de tercero debidamente cumplimentada.