

**SOLICITUD DE INFORMACIÓN SOBRE ASISTENCIA SANITARIA TRANSFRONTERIZA (AST)**  
(Directiva 2011/24/UE y RD 81/2014, de 7 de febrero)

DATOS DEL SOLICITANTE			
*D./D <sup>a</sup> .:			
*Fecha de nacimiento:		*DNI / NIE / TIE / Pasaporte:	
*Tarjeta sanitaria:		Tarjeta sanitaria europea <sup>(1)</sup> :	
*Domicilio	País	Localidad:	Código postal/ZIP:
Calle:			Provincia:
Teléfono fijo:		Teléfono móvil:	
**E-mail:			

\* Campos obligatorios. \*\*Obligatorio en caso de tramitación telemática  
(1) Si se dispone de la tarjeta sanitaria europea. Es recomendable.

MOTIVO DE LA CONSULTA	
Consignar las circunstancias que motivan la solicitud de información de AST	
<input type="checkbox"/> Asistencia por Reglamentos CEE <input type="checkbox"/> Autorización previa <input type="checkbox"/> Cartera de Servicios <input type="checkbox"/> Centros/Proveedores <input type="checkbox"/> Reclamaciones	<input type="checkbox"/> Reembolso/Facturación <input type="checkbox"/> Tarifas <input type="checkbox"/> Tratamientos <input type="checkbox"/> Otros (Indique la causa):

EXPOSICIÓN

En ..... a ..... de ..... de .....