



Procedimiento 1667 Teléfonos de información: 012 y 968362000.

**SOLICITUD DE PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA**

**TITULAR SOLICITANTE:**

Apellidos \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_  
N.º Afiliación \_\_\_\_\_ D.N.I. \_\_\_\_\_ Teléfono \_\_\_\_\_ Calle/Plaza \_\_\_\_\_  
Nº \_\_\_\_\_ Escalera \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Letra \_\_\_\_\_ Localidad \_\_\_\_\_  
Código Postal \_\_\_\_\_ Provincia \_\_\_\_\_

**FAMILIAR PARA EL QUE SE SOLICITA** (Rellenar si la Prestación es para un Beneficiario).

Apellido 1º \_\_\_\_\_ Nombre \_\_\_\_\_  
Apellido 2º \_\_\_\_\_ Parentesco con el Titular \_\_\_\_\_  
Fecha \_\_\_\_\_  
(Firma)

**INFORME DEL ESPECIALISTA**

Facultativo \_\_\_\_\_  
Especialidad \_\_\_\_\_ Nº Colegiado \_\_\_\_\_  
Diagnóstico \_\_\_\_\_

Fecha, firma y sello

Vº Bº LA INSPECCION DE SERVICIOS SANITARIOS

**PRESCRIPCIÓN**

1.- \_\_\_\_\_ -Código: \_\_\_\_\_  
2.- \_\_\_\_\_ -Código: \_\_\_\_\_  
3.- \_\_\_\_\_ -Código: \_\_\_\_\_  
4.- \_\_\_\_\_ -Código: \_\_\_\_\_

**DOCUMENTACIÓN A ADJUNTAR:**

- Fotocopia **D.N.I.** y **N.I.F.** del Titular y del Beneficiario en su caso..
- **Factura original** debidamente fechado, sellado y numerada.
- Fotocopia de la 1ª hoja de la Libreta de Ahorros del **Titular**, o justificante del Banco donde conste nombre y apellidos del Titular y 24 dígitos de la Cuenta Corriente.

Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, se entiende otorgado el consentimiento para que el órgano administrativo competente consulte de forma electrónica o por otros medios, a esta Administración Pública, otras Administraciones o Entes, los datos personales relacionados a continuación, necesarios para la resolución de este procedimiento/expediente/solicitud:

**En caso contrario, en el que NO otorgue el consentimiento para la consulta, marque la/s siguiente/s casilla/s:**

No Autorizo al órgano administrativo para que se consulten los datos de *Identidad*

**EN EL CASO DE NO CONCEDER AUTORIZACIÓN A LA ADMINISTRACIÓN, QUEDO OBLIGADO A APORTAR LOS DATOS/DOCUMENTOS RELATIVOS AL PROCEDIMIENTO JUNTO A ESTA SOLICITUD.**

*Haga referencia a los datos de este resguardo para cualquier comunicación, consulta o reclamación referente a esta solicitud.*

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999 de Protección de datos Personales y a través de la cumplimentación del presente formulario, Vd. Presta su consentimiento para el tratamiento de sus datos personales facilitados, que serán incorporados al fichero "PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA", titularidad del Servicio Murciano de Salud, inscrito en el Registro General de la Agencia Española de Protección de Datos, cuya finalidad es la Solicitud de Prestación de Reintegro de Gastos Sanitarios y Farmacéuticos. Igualmente le informamos que podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición establecidos en dicha Ley a través de LA SUBDIRECCIÓN DE ACTIVIDAD CONCERTADA Y PRESTACIONES, situada en C/Pinares, nº 4. 30001 MURCIA