



Región de Murcia
Consejería de Sanidad
y Política Social

A cumplimentar por la Administración

Nº de Expediente:



Servicio de Gestión Farmacéutica
D.G. de Asistencia Sanitaria

ANEXO I

SOLICITUD DE CAMBIO DE CUENTA BANCARIA DONDE REALIZAR LAS DEVOLUCIONES DEL EXCESO DE APORTACIÓN MENSUAL EN LA PRESTACIÓN FARMACÉUTICA REGULADO POR EL RDL 16/2012

PRIMER APELLIDO:		SEGUNDO APELLIDO:		NOMBRE:	
DOMICILIO:			C.P.:	LOCALIDAD:	PROVINCIA:
N.I.F.:	C.I.P.:	TELEFONO/S		CORREO ELECTRÓNICO:	

SOLICITA que las devoluciones correspondientes a cantidades mensuales aportadas en la prestación farmacéutica que superen las cuantías máximas establecidas en el RDL 16/2012 y disposiciones de desarrollo, le sean abonadas en la siguiente cuenta bancaria, en la que figura como titular.

IBAN

ENTIDAD

OFICINA

D.C.

NUMERO DE CUENTA

El solicitante declara, bajo su responsabilidad, que son ciertos los datos bancarios referidos en esta solicitud.

Fecha y firma del interesado

**DIRIGIDO AL SERVICIO DE ASEGURAMIENTO Y PRESTACIONES
SERVICIO MURCIANO DE SALUD**

De conformidad con la Ley de Orgánica 15/1999 de Protección de Datos Personales, Ud. da su consentimiento para el tratamiento de los datos personales aportados a través de su petición. Estos serán incluidos en el fichero Gestión de prestación farmacéutica. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición establecidos en dicha Ley, ante el Servicio de Gestión Farmacéutica, Dirección General de Asistencia Sanitaria, C/ Central ,7 .Edif. Habitamia - 30100 - Espinardo Murcia.