XUNTA DE GALICIA
PRESIDENCIA

ANEXO VI

SUPOSTO DE AXUDA: AXUDAS PARA A COBERTURA DE MEDICAMENTOS E TRATAMENTOS DE ENFERMIDADES CRÓNICAS OU GRAVES, CANDO TEÑAN UN CUSTO ELEVADO (ARTIGO 8)

XUSTIFICACIÓN DE GASTOS FARMACÉUTICOS

NOME E APELIDOS DA PERSOA DOENTE:

D./Dª.

MUTUALIDADE/ENTIDADE SANITARIA DE AFILIACIÓN:

GASTOS MENSUAIS DO TRATAMENTO FARMACOLÓXICO

MEDICAMENTOS E MG.	CUSTO UNITARIO POR MEDICAMENTO (en moeda do país)	CUSTO EFECTIVAMENTE ABOADO POLA PERSOA USUARIA (*) (en moeda do país)	DOSE INDICADA POLO PERSOAL MÉDICO TRATANTE	Nº PASTILLAS POR CAIXA	CUSTO MENSUAL APLICADOS OS DESCONTOS POR MEDICAMENTO (en moeda do país)
				TOTAL	

(*) Excluídas as achegas de mutuas, seguros...

ESTÁN APLICADOS OS DESCONTOS A QUE TEN DEREITO POR AFILIACIÓN Á MUTUALIDADE/ENTIDADE SANITARIA: ◯ SI ◯ NON

Lugar e data

, de de

SINATURA DO/DA FARMACÉUTICO/A

SELO (Farmacia)

Asdo.:

NOME DA ENTIDADE FARMACÉUTICA:

ENDEREZO DA ENTIDADE FARMACÉUTICA:

SINATURA DA PERSOA SOLICITANTE

Asdo.: