



PROCEDEMENTO REINTEGRO DE GASTOS DE ASISTENCIA SANITARIA CON MEDIOS ALLEOS	CÓDIGO DO PROCEDEMENTO SA462C	DOCUMENTO SOLICITUDE
--	---	--------------------------------

DATOS DA PERSOA SOLICITANTE

NOME PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO NIF

TIPO DE VÍA NOME DA VÍA NÚMERO BLOQUE ANDAR PORTA

PARROQUIA LUGAR

CP PROVINCIA CONCELLO LOCALIDADE

TELÉFONO TELÉFONO MÓBIL CORREO ELECTRÓNICO Nº. TARXETA SANITARIA

E, NA SÚA REPRESENTACIÓN (deberá acreditarse a representación fidedigna por calquera medio válido en dereito)

NOME PRIMEIRO APELIDO SEGUNDO APELIDO NIF

DATOS PARA EFECTOS DE NOTIFICACIÓN

Notifíquese a: Persoa solicitante Persoa representante

Enviaranse avisos da posta á disposición da notificación ao correo electrónico e/ou teléfono móbil facilitados a seguir:

TELÉFONO MÓBIL CORREO ELECTRÓNICO

ELECCIÓN DO MEDIO DE NOTIFICACIÓN PREFERENTE

As persoas obrigadas a relacionarse a través de medios electrónicos coa Administración deberán optar, en todo caso, pola notificación por medios electrónicos sen que sexa válida para elas, nin produza efectos, unha opción diferente.

Electrónica a través do Sistema de notificación electrónica de Galicia Notifica.gal (<https://notifica.xunta.gal>). Só se poderá acceder á notificación co certificado electrónico asociado ao NIF da persoa indicada.

Postal (cubrir o enderezo postal só se é distinto do indicado anteriormente)

As notificacións que se practiquen en papel estarán tamén á disposición da persoa indicada anteriormente no Sistema de notificación electrónica de Galicia Notifica.gal, para que poida acceder ao seu contido forma voluntaria.

TIPO DE VÍA NOME DA VÍA NÚMERO BLOQUE ANDAR PORTA

PARROQUIA LUGAR

CP PROVINCIA CONCELLO LOCALIDADE

DATOS BANCARIOS

Declaro, baixo a miña responsabilidade, que son certos os datos consignados relativos á conta bancaria indicada.

TITULAR DA CONTA NÚMERO DA CONTA BANCARIA (24 DÍXITOS)

IBAN

A PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE DECLARA

1. Que todos os datos contidos nesta solicitude e nos documentos que se achegan son certos.
2. Que son certos os datos que se consignan na solicitude relativos á conta bancaria en que se efectuará o reintegro de gastos, así como que a persoa solicitante é o seu titular.



DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTA

- Exposición detallada dos feitos e circunstancias que motivan a reclamación.
- Facturas xustificativas de gastos.
- Outros documentos con valor probatorio.

COMPROBACIÓN DE DATOS

Os documentos relacionados serán obxecto de consulta ás administracións públicas. No caso de que as persoas interesadas se opoñan a esta consulta, deberán indicalo no cadro correspondente e achegar unha copia dos documentos.

OPÓÑOME Á
CONSULTA

DNI ou NIE da persoa física solicitante.

En cumprimento do disposto no artigo 5 da Lei orgánica 15/1999, do 13 de decembro, de protección de datos de carácter persoal, infórmase de que os datos de carácter persoal que facilite neste formulario quedarán rexistrados nun ficheiro de titularidade da Consellería de Sanidade/ Servizo Galego de Saúde, con enderezo en Edificio Admtvo. San Lázaro, s/n - 15781 Santiago de Compostela, co obxecto de xestionar o presente procedemento. A persoa interesada poderá exercer os dereitos de acceso, rectificación, cancelación e oposición perante a Secretaría Xeral Técnica da Consellería de Sanidade como responsable do ficheiro, solicitando por escrito e acreditando fidedignamente a súa identidade ou a representación que ostente, de conformidade coa normativa vixente

LEXISLACIÓN APLICABLE

Orde do 12 de marzo de 2014 pola que se regula o procedemento dos reintegros de gastos de asistencia sanitaria con medios alleos.

SINATURA DA PERSOA SOLICITANTE OU REPRESENTANTE

Lugar e data

, de de