

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE PAGO POR ENDOSO

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:

Nombre y Apellidos o Razón Social	
DNI/CIF	

Declaración responsable de cuenta bancaria:

Código IBAN	Entidad	Oficina	D.C.	Nº de cuenta

DECLARACIÓN DE SOLICITUD Y ACEPTACIÓN DEL ENDOSO.

ACEPTO EL PAGO POR ENDOSO

(FIRMA DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL ESTABLECIMIENTO ARRIBA INDICADO)

FIRMA DEL SOLICITANTE

NOMBRE Y APELLIDOS DEL RPTE. LEGAL:

NOMBRE Y APELLIDOS DEL SOLICITANTE:

Nº DNI/NIE DEL RPTE.LEGAL:

Nº DNI/NIE DEL SOLICITANTE:

El representante legal declara de la veracidad de los datos consignados y los relativos a la titularidad de la cuenta bancaria de acuerdo con lo establecido en el art. 69 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre.

Ambas partes declaran la veracidad de las firmas contenidas en el presente documento de acuerdo con lo establecido en el art. 69 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre

DOCUMENTACIÓN OBLIGATORIA

DOCUMENTACIÓN DE PRESENTACIÓN OBLIGATORIA: (señalar si procede)

- Factura/s original/es de los gastos realizados. Se admitirán presupuestos a fin de comenzar la tramitación del expediente, si bien se le requerirá la factura durante la tramitación del mismo
 - Prescripción original de un facultativo especialista del Sistema Nacional de Salud, Centro Base o Centro Concertado al que haya sido remitido por su Gerencia de Salud de Area/Gerencia de Asistencia Sanitaria.
 - En caso de representación, documentación acreditativa de la misma.
 - Informe del/la trabajador/a social del Centro de Salud al que pertenezca el solicitante (recogerá la situación familiar, laboral, económica y social), si procede.
 - Fotocopia del documento que acredite el grado de discapacidad del paciente igual o superior al 66%, si procede.
 - Fotocopia del documento que acredite la situación de dependencia reconocida al paciente como mínimo en grado II, si procede.
 - Documentación acreditativa de la identificación y representación en virtud de la que actúa el aceptante del endoso
- Cuando proceda, documentación adicional.



DOCUMENTACIÓN VOLUNTARIA

DOCUMENTACIÓN DE PRESENTACIÓN VOLUNTARIA: (Documentación a presentar por el interesado si se opone expresamente a que la Administración los obtenga o recabe.)

Me opongo expresamente a que la administración obtenga los siguientes documentos que presento (señalar los documentos)

- Fotocopia de la Tarjeta Sanitaria Individual del paciente.
- Fotocopia del DNI del solicitante, siempre que no sea el paciente.

De conformidad con el artículo 28.3 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, cuando la Administración no pueda recabar los documentos necesarios, podrá solicitar al interesado su presentación.

El solicitante declara de forma responsable: La veracidad de los datos consignados en la solicitud y los relativos a la titularidad de la cuenta bancaria, de acuerdo con lo establecido en el art. 69 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre

En _____ a _____ de _____ de _____.

Firma del solicitante/representante (en su caso)

En cumplimiento del REGLAMENTO (UE) 2016/679 (RGPD) los datos personales contenidos en este formulario y en la documentación adjunta serán tratados con el fin de tramitar su solicitud; el responsable del tratamiento es la Gerencia de Salud de Área/Gerencia de Asistencia Sanitaria ante la que puede ejercer los derechos establecidos en los art. 15 a 22 del RGPD. Puede consultar la información adicional sobre el tratamiento de sus datos accediendo al Portal de Transparencia.

. Para cualquier consulta relacionada con la materia o sugerencia para mejorar este formulario electrónico, puede dirigirse al teléfono de información administrativa 012.