

SOLICITUD DE LA CARTILLA MÉDICA MUNICIPAL PARA LA ADQUISICIÓN DE
LOS MEDICAMENTOS EXCLUIDOS DE LA SEGURIDAD SOCIAL (R.D. 1663/1998)

Titular de la pensión

Nombre y apellidos:.....

Domicilio:.....

Teléfono:.....

D.N.I.:.....

Número de la Seguridad Social:.....

Familiares a su cargo mayores de 65 años

Nombre y apellidos:.....

D.N.I.:.....

Número de la Seguridad Social:.....

Nombre y apellidos:.....

D.N.I.:.....

Número de la Seguridad Social:.....

Nombre y apellidos:.....

D.N.I.:.....

Número de la Seguridad Social:.....

Documentos que se adjuntan:

- Fotocopia o fotocopias D.N.I.
- Fotocopia o fotocopias de la targeta/as S.I.P.

Fecha y Firma

NOTA: La presente solicitud ha de entregarse en el registro del Ayuntamiento.