

A DADES DEL PACIENT / DATOS DEL PACIENTE													
COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE											
DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO	SIP	Nº S.S.	NIF/NIE										
ADREÇA (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			CP										
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO											
B DADES DEL REPRESENTANT LEGAL / DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL													
COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE											
ADREÇA (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP											
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO											
C DADES DE LA PRESCRIPCIÓ / DATOS DE LA PRESCRIPCIÓN													
IDENTIFICADOR DE LA PRESCRIPCIÓ (codi de barres) / IDENTIFICADOR DE LA PRESCRIPCIÓN (código de barras)	DATA DE LA PRESCRIPCIÓ / FECHA DE LA PRESCRIPCIÓN	CODI D'ORTOPEDIA / CÓDIGO DE ORTOPEDIA	IMPORT SOL·LICITAT / IMPORTE SOLICITADO										
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>													_____ €
<p>_____ , _____ de / d' _____ de _____</p> <p>La persona interesada / La persona interesada</p> <p>Firma: _____</p>													
<p>Les dades de caràcter personal que conté l'imprés podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14.12.1999)</p> <p><i>Los datos de carácter personal contenidos en este impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del mismo, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias, informándose asimismo de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE núm. 298, de 14.12.1999)</i></p> <p>DOCUMENTS QUE S'ADJUNTEN / DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Còpia de la prescripció del facultatiu especialista del sistema sanitari públic <i>Copia de la prescripción del facultativo especialista del sistema sanitario público</i> • Factura original de la adquisició del material ortoprotésic <i>Factura original de la adquisición del material ortoprotésico</i> • Còpia del certificat de minusvalia, si procedeix <i>Copia del certificado de minusvalía, si procede</i> • Model de domiciliació bancària, amb les dades completes del compte bancari del perceptor, si procedeix <i>Modelo de domiciliación bancaria, con los datos completos de la cuenta bancaria del perceptor, si procede</i> 			<p>REGISTRE D'ENTRADA / REGISTRO DE ENTRADA</p>										

A DADES DEL PACIENT / DATOS DEL PACIENTE											
COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE									
DATA DE NAIXEMENT / FECHA DE NACIMIENTO	SIP	Nº S.S.	NIF/NIE								
ADREÇA (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			CP								
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO									
B DADES DEL REPRESENTANT LEGAL / DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL											
COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE									
ADREÇA (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP									
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO									
C DADES DE LA PRESCRIPCIÓ / DATOS DE LA PRESCRIPCIÓN											
IDENTIFICADOR DE LA PRESCRIPCIÓ (codi de barres) / IDENTIFICADOR DE LA PRESCRIPCIÓN (código de barras)	DATA DE LA PRESCRIPCIÓ / FECHA DE LA PRESCRIPCIÓN	CODI D'ORTOPEDIA / CÓDIGO DE ORTOPEDIA	IMPORT SOL·LICITAT / IMPORTE SOLICITADO								
<table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"> <tr> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> <td style="width: 15%;"></td> </tr> </table>											_____ €
_____ , _____ de / d' _____ de _____ La persona interesada / La persona interesada											
Firma: _____											
<p>Les dades de caràcter personal que conté l'imprés podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14.12.1999)</p> <p><i>Los datos de carácter personal contenidos en este impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del mismo, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias, informándose asimismo de la posibilidad de ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE núm. 298, de 14.12.1999)</i></p> <p>DOCUMENTS QUE S'ADJUNTEN / DOCUMENTOS QUE SE ADJUNTAN</p> <ul style="list-style-type: none"> • Còpia de la prescripció del facultatiu especialista del sistema sanitari públic <i>Copia de la prescripción del facultativo especialista del sistema sanitario público</i> • Factura original de la adquisició del material ortoprotésic <i>Factura original de la adquisición del material ortoprotésico</i> • Còpia del certificat de minusvalia, si procedeix <i>Copia del certificado de minusvalía, si procede</i> • Model de domiciliació bancària, amb les dades completes del compte bancari del perceptor, si procedeix <i>Modelo de domiciliación bancaria, con los datos completos de la cuenta bancaria del perceptor, si procede</i> 			REGISTRE D'ENTRADA / REGISTRO DE ENTRADA								