

COMUNICACIÓN DE DISCREPANCIAS DE DATOS
LEY 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud

COMUNIDAD AUTÓNOMA	
---------------------------	--

DATOS DEL CENTRO SANITARIO

NOMBRE DEL CENTRO:	PROVINCIA:
LOCALIDAD:	

DATOS IDENTIFICACIÓN (OBLIGATORIOS)

NAF:	CONDICIÓN:	ASEGURADO	BENEFICIARIO
APELLIDO PRIMERO:			
APELLIDO SEGUNDO:			
NOMBRE:		FECHA NACIMIENTO:	
NIF/NIE:	PASAPORTE:		(Si no tiene DNI/NIE)

DATOS DE CONTACTO

DOMICILIO:	PROVINCIA:
LOCALIDAD:	
CÓDIGO POSTAL:	
CORREO ELECTRÓNICO:	TEL:

DISCREPANCIAS QUE COMUNICA EL USUARIO (Marcar con X la que corresponda, o las dos si procede)

<input type="checkbox"/>	Desacuerdo en el tipo de aportación farmacéutica asignado
<input type="checkbox"/>	Desacuerdo en el tipo de aseguramiento asignado

En caso de estar en **desacuerdo con el tipo de aseguramiento asignado** marque la situación de aseguramiento en la que manifiesta estar:

<input type="checkbox"/>	Trabajador en situación de alta o asimilada a la de alta.
<input type="checkbox"/>	Pensionista de la Seguridad Social.
<input type="checkbox"/>	Desempleado cobrando prestación o subsidio.
<input type="checkbox"/>	Perceptor de prestación periódica de la Seguridad Social.
<input type="checkbox"/>	Trabajador que agotó la prestación por desempleo y permanece desempleado.
<input type="checkbox"/>	Trabajador que agotó el subsidio por desempleo y permanece desempleado.
<input type="checkbox"/>	Persona que reside en España y no supera el límite de rentas establecido.
<input type="checkbox"/>	Persona que tiene suscrito un convenio especial de asistencia sanitaria.
<input type="checkbox"/>	Otros (especificar):

OBSERVACIONES

FIRMADO:

En _____, a _____ de _____ de _____

Los datos que aporta el usuario serán remitidos para su valoración al Instituto Nacional de la Seguridad Social.