

FINANTZATUTAKO TRATAMENDU MEDIKOEI ATXIKITZEA ERRAZTEKO LAGUNTZEN ESKABIDEA

Telefona: [][][][][][][][] Helbide elektronikoa:

[illegible]

AGIRI HAUEK AURKEZTEN DITU:

☐ Farmaziaren jatorrizko tiketak edo jatorrizko faktura, eta errezetaren pazientearentzako jarraibide-agiria (paperezko errezetak badira edo Nafarroako Foru Komunitatetik kanpoko farmazietan eskuratuak, edo beste osasun zerbitzu publiko batzuetako medikuek emanak, osasun administrazio mugakideen arteko hitzarmenen babesean).

☐ Farmaziaren jatorrizko tiketak edo jatorrizko faktura, eta errezetaren kopia, O-NOZko arreta publikoa hautatu duten MUFACEko, ISFASeko edo MUGEJUko mutualistak badira.

.....(e)n, 20.....(e)ko aren(e)(a)n.

Sinadura

*****Onuradunak adinez nagusiak badira, eskabidearekin batera beren sinadura eman beharko dute**

1. onuraduna:

NAIPK:

Sinadura

5. onuraduna:

NAIPK:

Sinadura

2. onuraduna:

NAIPK:

Sinadura

6. onuraduna:

NAIPK:

Sinadura

3. onuraduna:

NAIPK:

Sinadura

7. onuraduna:

NAIPK:

Sinadura

4. onuraduna:

NAIPK:

Sinadura

8. onuraduna:

NAIPK:

Sinadura