

## EXPEDIENTE DE GASTO DE FARMACIA DE DISPENSACIÓN HOSPITALARIA

SERVICIO PROVINCIAL

REGISTRO DE PRESENTACIÓN

OFICINA DELEGADA

REGISTRO DE ENTRADA

CÓDIGO DEL EXPEDIENTE

### SOLICITUD – DATOS DEL TITULAR

Número de afiliación	Entidad médica		NIF/NIE/Pasaporte
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	Teléfono: Fijo/ Móvil
Domicilio	Código postal y localidad	Provincia	País
<b>DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN</b>			
Nombre y apellidos (si fuese el propio titular, indíquese "el mismo")		NIF/NIE/Pasaporte	Relación con el titular
<i>Indique su dirección de correo electrónico</i>			

### DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE

INFORME MÉDICO
HOSPITAL DE DISPENSACIÓN:

### DATOS RELATIVOS A LA NOTIFICACIÓN (Rellene con las opciones elegidas)

A los efectos de la notificación, el interesado señala como **medio preferente**:

Servicio postal     
  Otros (indíquese)     
  Carpeta ciudadana (exige certificado electrónico)

y como segundo lugar de notificación (cumplimentese solo en el caso de que desee que se practique en lugar distinto al señalado en el apartado "datos del titular")

Domicilio laboral     
  Otro domicilio

Domicilio de la notificación (Avda., calle o plaza)      Localidad      Código Postal

Provincia      País      Teléfono

Declaro expresamente que los datos consignados en esta solicitud son ciertos.	
LUGAR Y FECHA	FIRMA DEL SOLICITANTE, o de su representante debidamente acreditado (Art. 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre)

**PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL:** De acuerdo con el artículo 13 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 (Reglamento General de Protección de Datos Personales), y el artículo 11 de la Ley Orgánica 3 /2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, se informa que los datos personales facilitados serán tratados por MUFACE con la finalidad de gestionar las prestaciones sanitarias en el Régimen del Mutualismo Administrativo. Este tratamiento es necesario para el cumplimiento de la obligación legal establecida en los artículos 4 y 12 del Texto Refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado (aprobado por Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio). Puede ejercer sus derechos en materia de protección de datos ante la Directora del Departamento de Prestaciones Sanitarias de MUFACE. Más información en el apartado "[Privacidad y protección de datos](#)" de la página web de Muface. Delegado de Protección de Datos de la Mutualidad: "[Delegado de Protección de Datos de la Mutualidad](#)".

**MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO**

## EXPEDIENTE DE GASTO DE FARMACIA DE DISPENSACIÓN HOSPITALARIA

SERVICIO PROVINCIAL

REGISTRO DE PRESENTACIÓN

OFICINA DELEGADA

REGISTRO DE ENTRADA

CÓDIGO DEL EXPEDIENTE

### SOLICITUD – DATOS DEL TITULAR

Número de afiliación	Entidad médica		NIF/NIE/Pasaporte
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	Teléfono: Fijo/ Móvil
Domicilio	Código postal y localidad	Provincia	País
DATOS DEL BENEFICIARIO DE LA PRESTACIÓN			
Nombre y apellidos (si fuese el propio titular, indíquese "el mismo")		NIF/NIE/Pasaporte	Relación con el titular
<i>Indique su dirección de correo electrónico</i>			

### DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE

INFORME MÉDICO

HOSPITAL DE DISPENSACIÓN:

### DATOS RELATIVOS A LA NOTIFICACIÓN (Rellene con las opciones elegidas)

A los efectos de la notificación, el interesado señala como **medio preferente**:

Servicio postal

Otros (indíquese)

Carpeta ciudadana (exige certificado electrónico)

y como segundo lugar de notificación (cumplimentese solo en el caso de que desee que se practique en lugar distinto al señalado en el apartado "datos del titular")

Domicilio laboral

Otro domicilio

Domicilio de la notificación (Avda., calle o plaza)

Localidad

Código Postal

Provincia

País

Teléfono

Declaro expresamente que los datos consignados en esta solicitud son ciertos.

LUGAR Y FECHA

FIRMA DEL SOLICITANTE, o de su representante debidamente acreditado  
(Art. 5 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre)

**PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL:** De acuerdo con el artículo 13 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 (Reglamento General de Protección de Datos Personales), y el artículo 11 de la Ley Orgánica 3 /2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales, se informa que los datos personales facilitados serán tratados por MUFACE con la finalidad de gestionar las prestaciones sanitarias en el Régimen del Mutualismo Administrativo. Este tratamiento es necesario para el cumplimiento de la obligación legal establecida en los artículos 4 y 12 del Texto Refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado (aprobado por Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio). Puede ejercer sus derechos en materia de protección de datos ante la Directora del Departamento de Prestaciones Sanitarias de MUFACE. Más información en el apartado "[Privacidad y protección de datos](#)" de la página web de Muface. Delegado de Protección de Datos de la Mutualidad: "[Delegado de Protección de Datos de la Mutualidad](#)".

**MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO**