GOBIERNO DE ARAGON
Departamento de Sanidad

ANEXO III
SOLICITUD DE PAGO DIRECTO

SELLO DE ENTRADA

DATOS DEL PACIENTE

APELLIDOS Y NOMBRE:……
D.N.I: ……
Nº TARJETA SANITARIA (AR):……..
Teléfono:……..
DOMICILIO NOTIFICACIONES:……..
LOCALIDAD:…… COD. POSTAL……..

DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL DEL PACIENTE (menores e incapacitados):

APELLIDOS Y NOMBRE: ……
D.N.I:……...
DOMICILIO NOTIFICACIONES:……

Debe acreditarse la representación legal (Libro de Familia, Nombramiento tutor o curador)

SOLICITO: Que en caso de resolución favorable a la concesión de la prestación que me corresponda, conforme determina el baremo del catálogo general de material ortoprotésico en vigor, se realice el abono directamente a _____ según el detalle que se acompaña:

CODIGO	DESCRIPCION
_____	_____
_____	_____

Documentación que debe aportar: (marque con una X)

Prescripción médico especialista del Sistema Nacional de Salud con el código correspondiente.		Facturas originales que deberán ajustarse a lo previsto en la Orden SCB/45/2019 de 22 de enero.	
Facturas proforma o presupuestos.		Informe social.	
Informes de especial prescripción (en su caso)		Otros:	

Derecho de oposición, artículo 28.2 de la ley 39/2015 de 1 de octubre. La Administración Pública de la Comunidad Autónoma de Aragón realizara las consultas necesarias para comprobar la exactitud de los datos aportados.
En particular consultara: la Tarjeta Sanitaria.
Los titulares de los datos, podrán ejercer su derecho de oposición a su tratamiento, conforme al modelo específico para al ejercicio de este derecho disponible en la Sede electrónica de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón.
https://www.aragon.es/tramitador/-/tramite/proteccion-datos-ejercicio-derecho-oposicion

IMPORTE TOTAL FACTURAS: _____€

Conformidad Servicio Provincial

ACEPTO EL PAGO POR ENDOSO EL ESTABLECIMIENTO O ENTIDAD

Zaragoza a de de 20
EL SOLICITANTE

Fdo:_____

Fdo:_____

D.N.I. nº _____

D.N.I. nº _____

Datos de la Entidad
Nombre y Apellidos o Razón Social:_____
D.N.I./C.I.F:_____

DATOS BANCARIOS:

E	S																						

En el caso de que el pago directo sea al establecimiento de ortopedia se cumplimentarán los siguientes apartados. Declaro que he recibido el/los productos ortopédicos detallados EL SOLICITANTE Fdo:	Declaro que he entregado el/los productos ortopédicos detallados El ESTABLECIMIENTO DE ORTOPEDIA Fdo:

Información básica sobre Protección de Datos de Prestaciones Sanitarias.

El Responsable del tratamiento de sus datos personales es la Dirección General de Asistencia Sanitaria.

La finalidad de este tratamiento es la Gestión de procedimientos de ayudas por gastos de desplazamiento, manutención y hospedaje para los pacientes que precisen recibir asistencia sanitaria; ayudas económicas para la prestación ortoprotésica; reembolso de gastos por asistencia sanitaria urgente fuera del sistema Nacional de Salud.

La legitimación para realizar el tratamiento de datos nos la da el cumplimiento de una obligación legal para el responsable.

No vamos a comunicar sus datos personales a terceros destinatarios salvo obligación legal.

Podrán ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de los datos o de limitación y oposición a su tratamiento, así como a no ser objeto de decisiones individuales automatizadas a través de la sede electrónica de la Administración de la Comunidad Autónoma de Aragón con los formularios normalizados disponibles.

Podrán consultar la información adicional sobre esta actividad de tratamiento en: https://aplicaciones.aragon.es/notif_lopd_pub/details.action?fileId=798

SERVICIO PROVINCIAL DE SANIDAD EN _____