

## ANEXO I

### FORMULARIO DE COMUNICACIÓN DE NÚMERO DE CUENTA PARA BENEFICIARIOS DE PENSIONISTAS.

#### 1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Nombre y apellidos: \_\_\_\_\_  
DNI o NIE: \_\_\_\_\_  
Domicilio. Calle \_\_\_\_\_  
Localidad, Provincia y Código Postal \_\_\_\_\_  
Número de tarjeta sanitaria: \_\_\_\_\_

#### 2.- SOLICITA

Que los importes a su favor que deba reintegrar la administración, como consecuencia de aportaciones por prestación farmacéutica ambulatoria que excedan de los límites máximos establecidos en el artículo 94 bis de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, se transfieran a la cuenta que figura en la Ficha de Terceros adjunta:

#### 3.- DOCUMENTACIÓN QUE APORTA

- Copia del anverso de la tarjeta sanitaria.
- Copia del DNI/NIE.
- Ficha de terceros

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma del solicitante o representante legal

SR. DIRECTOR GERENTE DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD  
Plaza de la Convivencia 2, 50017 ZARAGOZA