

Expediente :

## SOLICITUD PARA MEDICAMENTOS

<b>Primer apellido:</b>	<b>Segundo apellido:</b>	<b>Nombre:</b>	<b>DNI</b>
<b>Pasaporte español</b>	<b>Ciudad de residencia</b>	<b>Código Postal</b>	<b>País</b>
<b>Dirección (calle, núm., piso)</b>		<b>Teléfono/Fax:</b>	
<b>Fecha de nacimiento:</b>	<b>Lugar de nacimiento:</b>	<b>País de nacimiento:</b>	<b>Nacionalidad:</b>
<b>Obra social a la que pertenece:</b>	<b>Comunidad Balear a la que pertenece:</b>	<b>e-mail:</b>	

### Adjuntar la siguiente documentación:

- Fotocopia del DNI del solicitante
- Fotocopia de la documentación que lo acredite como balear o descendiente
- Fotocopia del carné de la obra social del solicitante.
- Ultimo recibo del cobro de jubilación del solicitante.
- Certificado Médico.
- Certificado o justificante acreditativo de las rentas e ingresos anuales que percibe la persona solicitante, en caso de no tener ingresos, declaración responsable de que no tiene ningún tipo de ingreso.
- Declaración responsable del solicitante referente a su obra social.

Firma del solicitante:

Fecha:

Firma del encargado del PMCO:

Sello de la  
Institución: