



## SOLICITUD DE ABONO DIRECTO PRESTACIÓN ORTOPROTÉSICA

**USUARIO/PACIENTE:**

NOMBRE Y APELLIDOS: \_\_\_\_\_

D.N.I. \_\_\_\_\_ TARJETA SANITARIA: \_\_\_\_\_

**REPRESENTANTE LEGAL** (menores de edad o con capacidad modificada judicialmente)

APELLIDOS: \_\_\_\_\_

NOMBRE: \_\_\_\_\_ D.N.I.: \_\_\_\_\_

**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 al establecimiento sanitario suministrador conforme al detalle que se acompaña:

CODIGO	DESCRIPCION
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

IMPORTE TOTAL FACTURAS \_\_\_\_\_ €

ACEPTO EL PAGO POR ENDOSO  
EL ESTABLECIMIENTO  
(Sello)

En \_\_\_\_\_ a de \_\_\_\_\_ de 20  
EL SOLICITANTE

Fdo.: \_\_\_\_\_ Fdo.: \_\_\_\_\_

D.N.I. Nº \_\_\_\_\_ D.N.I. Nº \_\_\_\_\_

DATOS BANCARIOS DEL ESTABLECIMIENTO SUMINISTRADOR	
Nombre y Apellidos o Razón Social	_____
D.N.I./C.I.F.	_____

Ambas partes declaran bajo su responsabilidad la veracidad de las firmas contenidas en el presente documento de acuerdo con lo establecido en el artículo 69 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre.