GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO DE SANIDAD
ASUNTOS SOCIALES
IGUALDAD

DECLARACIÓN JURADA

D./Dª (indique nombre y apellidos) _____,

nacido/a el día ...../...../....., en (Localidad/País) _____/_____,

con Documento de Identificación personal (indique clase de documento y número): -

_____ / _____, y con

domicilio habitual en (País) _____/ (Código Postal) _____/

(Localidad) _____/ (Provincia-Departamento) _____/

(Calle / Plaza) _____/ (Nº) _____/

(Blq/Piso/Puerta) _____/_____/_____/

DECLARA:

Que el que suscribe es:

PENSIONISTA / BENEFICARIO DE PENSIONISTA (táchese lo que no proceda), con cargo al Sistema Público de Pensiones de (Indicar país) _____/,

que el Organismo responsable de la cobertura sanitaria es (Indicar denominación de la Institutción) _____, con sede en (Dirección) _____/

Que es titular de la TARJETA SANITARIA EUROPEA Núm. _____/

Todo ello a efectos de que los Servicios Públicos de Salud españoles puedan dispensar la prestación farmacéutica conforme a la legislación española.

Quien suscribe la presente declaración, asume la plena responsabilidad de la exactitud de los datos consignados, siéndole de aplicación la legislación del país que le abona su pensión.

En ....., a ..... de ..... de .....

FIRMA _____