

SERVICIOS MÉDICOS

DATOS DEL BENEFICIARIO			
DNI	APELLIDOS Y NOMBRE		
CORREO ELECTRÓNICO:		MÓVIL	TELÉFONO
DOMICILIO:	LOCALIDAD	C. POSTAL	PROVINCIA
DATOS DEL REPRESENTANTE (si procediese)			
DNI	APELLIDOS Y NOMBRE		
CORREO ELECTRÓNICO:		MÓVIL	TELÉFONO
DOMICILIO:	LOCALIDAD	C. POSTAL	PROVINCIA
CONCEPTO DE LA AYUDA			
<input type="checkbox"/> TRATAMIENTO ODONTOLÓGICO <input type="checkbox"/> TRATAMIENTO PSICOLÓGICO <input type="checkbox"/> OTROS: Indicar tratamiento: _____			
OBSERVACIONES			

Fecha solicitud

REGISTRO DE ENTRADA

Firma del beneficiario mayor de 16 años y de su representante si procede

NO SE OLVIDE DE ADJUNTAR LA SIGUIENTE DOCUMENTACIÓN

Documentación a presentar:

- Facturas o recibos justificantes del tratamiento
- Ayuda concedida o denegada por MUFACE y/o Acción Social
- En caso de ser necesario, informe médico que justifique el tratamiento

Para el pago de los recibos o facturas:

Será necesario presentar los recibos o facturas que justifiquen el gasto. El plazo para su presentación será de tres meses desde la fecha del recibo o factura.

La firma de esta solicitud supone la aceptación de la normativa interna del Colegio de Huérfanos de Hacienda.

Sus datos personales serán usados para nuestra relación y poder prestarle nuestros servicios. Dichos datos son necesarios para poder relacionarnos con usted, lo que nos permite el uso de su información dentro de la legalidad. Asimismo, podrán tener conocimiento de su información aquellas entidades que necesiten tener acceso a la misma para que podamos prestarle nuestros servicios. Conservaremos sus datos durante nuestra relación y mientras nos obliguen las leyes aplicables. En cualquier momento puede dirigirse a nosotros para saber qué información tenemos sobre usted, rectificarla si fuese incorrecta y eliminarla una vez finalizada nuestra relación. También tiene derecho a solicitar el traspaso de su información a otra entidad (portabilidad). Para solicitar alguno de estos derechos, deberá realizar una solicitud escrita a nuestra dirección, junto con una fotocopia de su DNI: COLEGIO DE HUÉRFANOS DE HACIENDA, C/ LOPEZ DE HOYOS, 155 2º 1 , CP 28002, Madrid (Madrid). En caso de que entienda que sus derechos han sido desatendidos, puede formular una reclamación en la Agencia Española de Protección de Datos (www.agpd.es).