

D./D^a ,
Nombre y dos Apellidos del/de la Solicitante
con D.N.I. , Médico/a Jubilado/a, inscrito/a en el Ilustre Colegio
Indicar letra
Médico de , con el número/..... , domiciliado a los
Señalar ciudad
efectos de comunicación en ,
Nombre de la Calle, Avda. o Plaza
nº , piso , letra , de
Población y/o ciudad con código postal
y con teléfono de contacto nº..... , ante Vd.,

SOLICITO : Sello Médico oficial y talonario de recetas de la
Seguridad Social, para uso propio y de mis beneficiarios/as, según el acuerdo suscrito
entre el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) y el Consejo General de Colegios
Médicos de fecha 12 de Abril de 2000.

.....
Fecha y Firma del/de la demandante

SR./RA. DIRECTOR/RA ASISTENCIAL DE LA GERENCIA DEL ÁREA DE SALUD DE CÁCERES.