ANEXO III

PETICIÓN DE TALONARIOS DE DOCUMENTOS

MEDICO, nombre y apellidos (*): …….....

……

C.N.P.: ☐☐ ☐☐☐☐☐☐☐ ☐☐

SELLO DEL MÉDICO:	SOLICITA SELLO (Indicar lo que proceda)	ENVÍO POR CORREO (Indicar lo que proceda)
	SI NO	SI NO

(*) Consignar sólo si no se estampilla el sello o éste es defectuoso

DOMICILIO, localidad, calle o plaza y número: …….....

……..

TALONARIOS SOLICITADOS, indicar cantidad:

MODELO: ☐ P.100 cantidad …….. talonarios

☐ P.14 cantidad …….. talonarios

……. a ……de……de……....

Fdo.: ……..

Autorizo a D/Dª……...

con D.N.I. nº. …….. para que retire en mi nombre el/los talonarios/s de recetas que solicito.

EL MEDICO SOLICITANTE	LA PERSONA AUTORIZADA
……..……a…....de…….de……..	……..……a…....de…….de……..
Fdo.:…….	Fdo.: ……

Mod. 138/97 UNE A/4