

**COMUNICACIÓN DE DISCREPANCIAS DE DATOS**  
**LEY 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud**

<b>COMUNIDAD AUTÓNOMA</b>	
---------------------------	--

**DATOS DEL CENTRO SANITARIO**

NOMBRE DEL CENTRO:	PROVINCIA:
LOCALIDAD:	

**DATOS IDENTIFICACIÓN (OBLIGATORIOS)**

NAF:	CONDICIÓN:	ASEGURADO	BENEFICIARIO
APELLIDO PRIMERO:			
APELLIDO SEGUNDO:			
NOMBRE:		FECHA NACIMIENTO:	
NIF/NIE:	PASAPORTE:		(Si no tiene DNI/NIE)

**DATOS DE CONTACTO**

DOMICILIO:	PROVINCIA:
LOCALIDAD:	
CÓDIGO POSTAL:	
CORREO ELECTRÓNICO:	TEL:

**DISCREPANCIAS QUE COMUNICA EL USUARIO (Marcar con X la que corresponda, o las dos si procede)**

<input type="checkbox"/>	Desacuerdo en el tipo de <b>aportación farmacéutica asignado</b>
<input type="checkbox"/>	Desacuerdo en el tipo de <b>aseguramiento asignado</b>

En caso de estar en **desacuerdo con el tipo de aseguramiento asignado** marque la situación de aseguramiento en la que manifiesta estar:

<input type="checkbox"/>	Trabajador en situación de alta o asimilada a la de alta.
<input type="checkbox"/>	Pensionista de la Seguridad Social.
<input type="checkbox"/>	Desempleado cobrando prestación o subsidio.
<input type="checkbox"/>	Perceptor de prestación periódica de la Seguridad Social.
<input type="checkbox"/>	Trabajador que agotó la prestación por desempleo y permanece desempleado.
<input type="checkbox"/>	Trabajador que agotó el subsidio por desempleo y permanece desempleado.
<input type="checkbox"/>	Persona que reside en España y no supera el límite de rentas establecido.
<input type="checkbox"/>	Persona que tiene suscrito un convenio especial de asistencia sanitaria.
<input type="checkbox"/>	Otros (especificar):

**OBSERVACIONES**

**FIRMADO:**

En ....., a ..... de ..... de 2012

*Los datos que aporta el usuario serán remitidos para su valoración al Instituto Nacional de la Seguridad Social.*