

**REAL DECRETO LEY 16/2012**  
**COMUNICACIÓN DISCREPANCIAS DE DATOS**

<b>COMUNIDAD AUTÓNOMA</b>	<input style="width: 95%;" type="text"/>
---------------------------	--

**DATOS DEL CENTRO SANITARIO**

NOMBRE DEL CENTRO: <input style="width: 95%;" type="text"/>	
LOCALIDAD: <input style="width: 45%;" type="text"/>	PROVINCIA: <input style="width: 45%;" type="text"/>

**DATOS IDENTIFICACIÓN (OBLIGATORIOS)**

NAF PROPIO: <input style="width: 45%;" type="text"/>	NAF ASISTENCIA: <input style="width: 45%;" type="text"/>
CONDICIÓN: <input type="checkbox"/> ASEGURADO <input type="checkbox"/> BENEFICIARIO	
APELLIDO PRIMERO: <input style="width: 95%;" type="text"/>	
APELLIDO SEGUNDO: <input style="width: 95%;" type="text"/>	
NOMBRE: <input style="width: 45%;" type="text"/>	FECHA NACIMIENTO: <input style="width: 45%;" type="text"/>
NIF/NIE: <input style="width: 45%;" type="text"/>	PASAPORTE (Si no tiene DNI/NIE): <input style="width: 45%;" type="text"/>

*NAF: número de afiliación a la Seguridad Social*

**DATOS DE CONTACTO**

DOMICILIO: <input style="width: 95%;" type="text"/>	
LOCALIDAD: <input style="width: 45%;" type="text"/>	PROVINCIA: <input style="width: 45%;" type="text"/>
CÓDIGO POSTAL: <input style="width: 45%;" type="text"/>	
CORREO ELECTRÓNICO: <input style="width: 95%;" type="text"/>	

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

Desacuerdo en el tipo de **aportación farmacéutica asignado**

Desacuerdo en el tipo de **aseguramiento asignado**

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

Trabajador en situación de alta o asimilada a la de alta

Pensionista de la Seguridad Social

Perceptor de prestación periódica de la Seguridad Social

Desempleado cobrando prestación

Desempleado que agotó la prestación , inscrito como demandante de empleo

Desempleado que agotó el subsidio por desempleo, inscrito como demandante de empleo

Persona que no supera el límite de rentas establecido - modalidad de "sin recursos"

Persona que tiene suscrito un convenio especial de asistencia sanitaria

Otros

**OBSERVACIONES**

**FIRMADO:**

En  , a  de  de

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