



ANEXO I. MODELO DE SOLICITUD

PETICIÓN DE AUTORIZACIÓN A TÍTULO PERSONAL A MUTUALISTAS QUE SEAN MÉDICOS JUBILADOS O JUBILADAS PARA PRESCRIBIR MEDICAMENTOS EN RECETAS DE MUFACE PARA SÍ Y SUS BENEFICIARIOS ADSCRITOS A SU DOCUMENTO DE AFILIACIÓN

DATOS DEL/LA MUTUALISTA

| | |
|-------------------|-------------------|
| Nº de Afiliación: | Nº de Colegiación |
| Primer Apellido: | |
| Segundo Apellido: | |
| Nombre: | |

| | | |
|----------------|------------|-------|
| Dirección: | | |
| Código Postal: | Municipio: | |
| Provincia: | | |
| Tfno. fijo | Móvil: | MAIL: |

Solicito la preceptiva autorización de la Dirección General de la Mutualidad para prescribir en las recetas oficiales de MUFACE para uso propio y de mis beneficiarios/beneficiarias que constan en mi documento de afiliación, en los términos y condiciones establecidos en el Acuerdo de 13 de enero de 2022 de la Dirección General de MUFACE sobre la autorización a mutualistas que tengan la condición de médicos jubilados para prescribir en recetas oficiales de la mutualidad para uso propio y de sus beneficiarios. Acompaño la siguiente documentación:

| | |
|-------------------------------------|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> | Acuerdo de Jubilación |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Certificado acreditativo de colegiación del Colegio Oficial de Médicos. |
| <input checked="" type="checkbox"/> | Certificado acreditativo de la actividad profesional asistencial del facultativo dentro de los 5 años anteriores a la fecha de la jubilación. En el supuesto de consultas privadas, autorización administrativa del establecimiento sanitario o cualquier otro documento acreditativo del ejercicio profesional asistencial. |

Declaro expresamente que los datos consignados en esta petición son ciertos y que todos los documentos que la acompañan son originales o copias fieles de los documentos originales.

FECHA Y FIRMA DEL /LA MUTUALISTA

| |
|--|
| <p>PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL: De acuerdo con el artículo 13 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 (Reglamento General de Protección de Datos Personales), se informa que los datos personales facilitados serán tratados por MUFACE con la finalidad de gestionar las prestaciones sanitarias en el Régimen del Mutualismo Administrativo.</p> <p>Este tratamiento es necesario para el cumplimiento de la obligación legal establecida en los artículos 4 y 12 del Texto Refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado (aprobado por Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio).</p> <p>Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, oposición, supresión, limitación, portabilidad o limitación ante la Directora del Departamento de Prestaciones Sanitarias de MUFACE.</p> <p>Más información en el apartado "Privacidad y protección de datos" de la página web de Muface.</p> <p>Delegado de Protección de Datos de la Mutualidad: DPDMuface@muface.es</p> |
|--|