



**ESKATZEN DUEN TITULARRAREN DATUAK**

Afiliazio-zenbakia	Lehen deitura	Bigarren deitura	Izena
Helbidea: kalea edo plaza eta zenbakia		Posta-kodea	Herria
Estatua	Telefono	Fecha de nacimiento	IFZ/Pasaporte/Pasaportea/Nortasuna (EB)
Prestazio honen jakinarazpenak eta komunikazioak bitarteko elektronikoak egitea onartzen dut. Posta elektronikoko helbidea: _____ @ _____			

**PERTSONA KAUSATZAILEAREN DATUAK**

(*eskatzailearekin bat badatoz, adierazi: "Bera"*)

IFZ/Pasaporte/Pasaportea/Nortasuna (EB)	Deiturak	Izena
---	----------	-------

**ESKATUTAKO LAGUNTZA**

Ile-protesia, txanoa, zapi edo turbantea onkologikoa.  
Mastektomia ondoko bularretakoa/k, posttumorrektomia edo antzeko izaera duten beste batzuk.  
Osasun Sistema Nazionalak finantzatzen ez dituen dermokosmetika onkologikoko produktueterako.  
Bekainen eta betileen mikropigmentazio eta/edo mikroblading onkologikoen tratamenduak.

**TRANSFERENTZIA BIDEZ ORDAINTEZKO DATUAK**

IBAN BANKETXEA SUKURTSALA KD KONTU

**JAKINARAZPENERAKO DATUAK** (*borondatez beteko da*)

Kalea, plaza eta zenbakia	
Posta-kode	Localidad
Probintzia	Estatua

Prozedura hau ebazteko, MUFACEk, nortasun eta bizileku-datuak bildu, kontsultatu edo egiaztatu ahal izango ditu Datuen Bitartekotza-Plataforman (Urriaren 1eko 39/2015eko Legearen 28.2 artikulua). Zure aurkapena espresuki eta justifikatuta adierazi ahal izango duzu, formulario honetan agertzen den datuak babesteko klausulan adierazten den bezala..

**NIRE ARDURAPEAN HONAKO HAU ADIERAZTEN DUT:**

- 1.- Eskabide honetan agertzen diren datu guztiak, egiazkoak direla.
- 2.- MUFACEk eska diezazkidaken bestelako agiriak, berari emateko konpromisoa hartzen dudala. Halaber, bai laguntza emateko betekizunetan bai bateraezintasunetan eragin dezakeen edozein aldaketa jakinaraziko diodala.
- 3.- Laguntza honen bateraezintasunen araubidea ezagutzen dudala, deialdiaren ebazpenean agertzen den bezala.

*Tokia, data eta eskatzailearen izenpea edo bere ordezkariarena, behar bezala agiaztatua (urriaren 1eko, 39/2015eko Legearen 5.artikulua).*

**AURKEZTU BEHARREKO AGIRIAK**

- Medikuaren txosten eguneratua, onuradunak izandako gaixotasuna egiaztatzen duena, eta laguntza honen xede diren eskuratzeen eta tratamenduen beharra justifikatzen duten tratamendu aplikatuen sekuelak deskribatzen dituen (DPS 34702 Inprimakia).
- Programa honen 8.2.d) apartatuan aipatutako tratamenduak egindako zentroak haiek egiteko legezko betekizunak betetzen dituelako ziurtagiria
- Faktura/ek legezko betekizunak bete beharko ditu(zte).
- Gizarte-Ekintzarako Batzordearen ziurtagiria edo honen pareko administrazio-agiria edo aitopen erantzulea (DPS 34916 inprimakia).

Europako Parlamentuaren eta Kontseiluaren 2016ko apirilaren 27ko 2016/679(EB) Erregelamenduaren(Datu Pertsonalak Babesteko Erregelamendu Orokorra) eta Datu Pertsonalak Babesteko eta Eskubide Digitalak Bermatzeko abenduaren 5eko 3/2018 Lege Organikoaren 13 artikulua arabera, jakinarazten da ematen diren datu pertsonalak MUFACEk tratatuko dituela, Gizarte-prestazioak kudeatzeko helburuarekin. Mutualismo administratiboa. Tratamendu hori beharrezkoa da Estatuko Funtzionario Zibilen Gizarte Segurantzari buruzko Legearen testu bateginaren 4 eta 12 artikuluetan ezarritako lege-betebeharra betetzeko(ekainaren 23ko 4/2000 Legegintzako Errege Dekretuaren bidez onartua). MUFACEko Gizarte Prestazioen Saileko zuzendariaren aurrean erabil ditzake bere eskubideak datuak babesteko arloan.

Informazio gehiago: "[Pribatutasuna eta datu pertsonalen babesa](#)" eta "[Mutualitatearen Datuak Babesteko Ordezkaria](#)"

**ESTATUKO FUNTZIONARIO ZIBILEN MUTUALITATE OROKORRA.**



**ESKATZEN DUEN TITULARRAREN DATUAK**

Afiliazio-zenbakia	Lehen deitura	Bigarren deitura	Izena
Helbidea: kalea edo plaza eta zenbakia		Posta-kodea	Herria
Estatua	Telefono	Fecha de nacimiento	IFZ/Pasaporte/Pasaportea/Nortasuna (EB)
Prestazio honen jakinarazpenak eta komunikazioak bitarteko elektronikoak egitea onartzen dut. Posta elektronikoko helbidea: _____@_____			

**PERTSONA KAUSATZAILEAREN DATUAK**

(eskatzailearekin bat badatoz, adierazi: "Bera")

IFZ/Pasaporte/Pasaportea/Nortasuna (EB)	Deiturak	Izena
---	----------	-------

**ESKATUTAKO LAGUNTZA**

Ile-protesia, txanoa, zapi edo turbantea onkologikoa.  
Mastektomia ondoko bularretakoa/k, posttumorrektomia edo antzeko izaera duten beste batzuk.  
Osasun Sistema Nazionalak finantzatzen ez dituen dermokosmetika onkologikoko produktueterako.  
Bekainen eta betileen mikropigmentazio eta/edo mikroblading onkologikoen tratamenduak.

**TRANSFERENTZIA BIDEZ ORDAINTEZKO DATUAK**

IBAN BANKETXEA SUKURTSALA KD KONTU

**JAKINARAZPENERAKO DATUAK (borondatez beteko da)**

Kalea, plaza eta zenbakia	
Posta-kode	Localidad
Probintzia	Estatua

Prozedura hau ebazteko, MUFACEk, nortasun eta bizileku-datuak bildu, kontsultatu edo egiaztatu ahal izango ditu Datuen Bitartekotza-Plataforman (Urriaren 1eko 39/2015eko Legearen 28.2 artikulua). Zure aurkapena espresuki eta justifikatuta adierazi ahal izango duzu, formulario honetan agertzen den datuak babesteko klausulan adierazten den bezala..

**NIRE ARDURAPEAN HONAKO HAU ADIERAZTEN DUT:**

- 1.- Eskabide honetan agertzen diren datu guztiak, egiazkoak direla.
- 2.- MUFACEk eska diezazkidaken bestelako agiriak, berari emateko konpromisoa hartzen dudala. Halaber, bai laguntza emateko betekizunetan bai bateraezintasunetan eragin dezakeen edozein aldaketa jakinaraziko diodala.
- 3.- Laguntza honen bateraezintasunen araubidea ezagutzen dudala, deialdiaren ebazpenean agertzen den bezala.

*Tokia, data eta eskatzailearen izenpea edo bere ordezkariarena, behar bezala agiaztatua (urriaren 1eko, 39/2015eko Legearen 5.artikulua).*

**AURKEZTU BEHARREKO AGIRIAK**

- Medikuaren txosten eguneratua, onuradunak izandako gaixotasuna egiaztatzen duena, eta laguntza honen xede diren eskuratzeen eta tratamenduen beharra justifikatzen duten tratamendu aplikatuen sekuelak deskribatzen dituen (DPS 34702 Inprimakia).
- Programa honen 8.2.d) apartatuan aipatutako tratamenduak egindako zentroak haiek egiteko legezko betekizunak betetzen dituelako ziurtagiria
- Faktura/ek legezko betekizunak bete beharko ditu(zte).
- Gizarte-Ekintzarako Batzordearen ziurtagiria edo honen pareko administrazio-agiria edo aitopen erantzulea (DPS 34916 inprimakia).

Europako Parlamentuaren eta Kontseiluaren 2016ko apirilaren 27ko 2016/679(EB) Erregelamenduaren(Datu Pertsonalak Babesteko Erregelamendu Orokorra) eta Datu Pertsonalak Babesteko eta Eskubide Digitalak Bermatzeko abenduaren 5eko 3/2018 Lege Organikoaren 13 artikulua arabera, jakinarazten da ematen diren datu pertsonalak MUFACEk tratatuko dituela, Gizarte-prestazioak kudeatzeko helburuarekin. Mutualismo administratiboa. Tratamendu hori beharrezkoa da Estatuko Funtzionario Zibilen Gizarte Segurantzari buruzko Legearen testu bateginaren 4 eta 12 artikuluetan ezarritako lege-betebeharra betetzeko(ekainaren 23ko 4/2000 Legegintzako Errege Dekretuaren bidez onartua). MuFACEko Gizarte Prestazioen Saileko zuzendariaren aurrean erabil ditzake bere eskubideak datuak babesteko arloan.

Informazio gehiago: ["Pribatutasuna eta datu pertsonalen babesa"](#) eta ["Mutualitatearen Datuak Babesteko Ordezkaria"](#)

**ESTATUKO FUNTZIONARIO ZIBILEN MUTUALITATE OROKORRA.**