

ANNEXE

**DEMANDE POUR JUSTIFIER L'EXPORTATION DU DROIT AUX SOINS DE SANTÉ
DU PAYS D'ORIGINE OU DE PROVENANCE.**

M./Mme..... majeur(e),
demeurant à C/.....
n°.....CP..... à..... - Espagne, né(e)
à....., le, de nationalité
....., originaire de et titulaire du
passeport/NIE n°....., intervenant en son propre nom et droit, aux fins
de demander la reconnaissance de l'accès aux soins de santé publics dans le cadre du
système national de santé en Espagne

JE DEMANDE

Un justificatif de la reconnaissance à l'exportation du droit aux prestations de soins de
santé dans mon pays d'origine..... (préciser le pays).

Je vous prie de bien vouloir m'envoyer le document au nom et à l'adresse indiqués ci-
dessus.

(Je suis informé(e) que l'administration de la Communauté autonome d'Aragon se réserve
le droit de procéder à toutes les démarches qu'elle jugera pertinentes pour vérifier
l'exactitude du contenu de ce document et que, si ce n'est pas le cas, elle se réserve la
possibilité de prendre toutes les mesures qu'elle jugera opportunes).

Signature du demandeur :

M. / Mme.

À _____, le _____ 20__

BUREAU D'ASSISTANCE MÉDICALE DE (Indiquer le pays)