

ANEXO II

FORMULARIO SOLICITUD DE ABONO DE SALDOS INFERIORES A SIETE EUROS.

1.- DATOS DE IDENTIFICACIÓN DEL USUARIO

Nombre y apellidos: _____

DNI o NIE (*): _____

Domicilio. Calle y nº _____

Localidad, Prov. y Cód. Postal _____

Número de tarjeta sanitaria (CIA): _____

2.- EXPONE

Que ha realizado pagos en concepto de aportación a la prestación farmacéutica superiores a los máximos establecidos en el período _____

3.- SOLICITA

Se abone, aunque sea inferior a siete euros, la cantidad que supere el máximo establecido, de acuerdo al artículo 102 del Real Decreto Legislativo 1/2015, de 24 de julio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios.

En _____ a _____ de _____ de _____

Firma del solicitante o representante legal

Información básica sobre protección de datos en cumplimiento del deber de información dispuesto en el RGPD 2016/679

Responsable del tratamiento. Servicio Aragonés de Salud.

Finalidad. Sus datos de carácter personal serán tratados con el fin exclusivo de tramitar el reintegro de la prestación farmacéutica.

Legitimación. La licitud del tratamiento de sus datos es el cumplimiento de obligaciones legales (art.6.1.c RGPD) así como el ejercicio de poderes públicos (art. 6.1.e RGPD).

Destinatarios. No se comunicarán datos a terceros salvo obligación legal.

Derechos. Podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión y portabilidad de sus datos, de limitación y oposición a su tratamiento, de conformidad con lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos ante el Servicio Aragonés de Salud, Plaza de la Convivencia 2, planta 2, 50071 Zaragoza o a través del correo: dpd@salud.aragon.es.

Más información: Podrá consultar información adicional y detallada en el Registro de Actividades de Tratamiento del Gobierno de Aragón, <https://protecciondatos.aragon.es/registro-actividades/333>

(*) Según el artículo 28.2 de la Ley 39/2015 de 1 de octubre del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, el Servicio Aragonés de Salud **PODRÁ CONSULTAR O RECABAR** los datos del interesado que sean necesarios para la resolución de su solicitud a través de los correspondientes Sistemas de Verificación de Datos de la Administración, SALVO que conste en el procedimiento su OPOSICIÓN EXPRESA.

En caso de que el interesado, y en su caso, su representante, SE OPONGAN a esta consulta, deberán marcar con una "X" la casilla en la que no autorizan dicha comprobación.

ME OPONGO: a la consulta de mis datos/ de los datos del interesado de identidad (Dirección General de la
Policía)

SR. DIRECTOR GERENTE DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD
Plaza de la Convivencia 2, 50017 ZARAGOZA