

# DECLARACIÓN JURADA

D./D<sup>ña</sup>. .....

médico/a jubilado/a, con D.N.I. nº: .....

## DECLARA

Bajo juramento/promesa:

Que las personas a continuación relacionadas son sus beneficiarios/as como pensionista de la Seguridad Social:

<u>Nombre</u>	<u>Parentesco</u>	<u>Edad</u>	<u>D.N.I.</u>
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....
.....	.....	.....	.....

Que tan pronto se produzca algún cambio en la presente relación de beneficiarios/as efectuará comunicación escrita de las modificaciones dirigida a la Dirección Asistencial de Atención Primaria del Área de Salud de Cáceres.

Que se compromete:

- A la utilización de recetas oficiales del Sistema Nacional de la Salud con exclusivo destino a sus beneficiarios/as.
- A la custodia de los talonarios que le sean entregados y al cumplimiento de la normativa reguladora de la Prestación Farmacéutica tanto general como específica del Sistema Extremeño de la Salud.
- A la devolución de los talonarios y sello entregados en caso de revocación de la autorización.

Cáceres, a .....

Firma, .....