

D./D<sup>a</sup> ..... ,  
*Nombre y dos Apellidos del/de la Solicitante*  
con D.N.I. .... , Médico/a Jubilado/a, inscrito/a en el Ilustre Colegio  
*Indicar letra*  
Médico de ..... , con el número ...../..... , domiciliado a los  
*Señalar ciudad*  
efectos de comunicación en ..... ,  
*Nombre de la Calle, Avda. o Plaza*  
nº ..... , piso ..... , letra ..... , de .....  
*Población y/o ciudad con código postal*  
y con teléfono de contacto nº..... , ante Vd.,

**SOLICITO** : Sello Médico oficial y talonario de recetas de la  
Seguridad Social, para uso propio y de mis beneficiarios/as, según el acuerdo suscrito  
entre el Instituto Nacional de la Salud (INSALUD) y el Consejo General de Colegios  
Médicos de fecha 12 de Abril de 2000.

.....  
*Fecha y Firma del/de la demandante*

SR./RA. DIRECTOR/RA ASISTENCIAL DE LA GERENCIA DEL ÁREA DE SALUD DE CÁCERES.