



GOBIERNO
DE ESPAÑA

MINISTERIO DE SANIDAD
ASUNTOS SOCIALES
IGUALDAD

DECLARACIÓN JURADA

D./D^a (indique nombre y apellidos) _____,
nacido/a el día/...../....., en (Localidad/País) _____/_____,
con Documento de Identificación personal (indique clase de documento y número): -
_____/_____, y con
domicilio habitual en (País) _____/ (Código Postal) _____/
(Localidad) _____/ (Provincia-Departamento) _____/
(Calle / Plaza) _____/ (Nº) _____/
(Blq/Piso/Puerta) ____/____/____/

DECLARA:

Que el que suscribe es:

PENSIONISTA / BENEFICARIO (táchese lo que no proceda), con cargo al Sistema
Público de Pensiones de (Indicar país) _____/_____,
que el Organismo responsable de la cobertura sanitaria es (Indicar denominación de la
Institución) _____, con sede en (Dirección)

Que es titular de la TARJETA SANITARIA EUROPEA Núm. _____/

Todo ello a efectos de que los Servicios Públicos de Salud españoles puedan dispensar
la prestación farmacéutica conforme a la legislación española.

**Quien suscribe la presente declaración, asume la plena responsabilidad de la
exactitud de los datos consignados, siéndole de aplicación la legislación del país que
le abona su pensión.**

En, a de de

FIRMA _____