

## SOLICITUD DE PRESTACIÓN SANITARIA

Apellidos:	_____	Nombre:	_____		
Calle o Plaza:	_____	Número:	_____	Piso:	_____
Localidad:	_____	Cód. Postal:	_____		
Provincia:	_____	Teléfono:	_____		

### S O L I C I T A :

Que, al estar recibiendo tratamiento de Oxigenoterapia Domiciliaria con Concentrador y de acuerdo con lo establecido en el apartado 2.2. de la Resolución de 1 de marzo de 2006, del Instituto Nacional de Gestión Sanitaria (BOE nº 62, de 14 de marzo de 2.006), **le sea concedida la compensación económica por los gastos de electricidad.**

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

Fdo.: \_\_\_\_\_