

SOLICITUD DE PRESTACIÓN SANITARIA

Apellidos:	_____	Nombre:	_____
Calle o Plaza:	_____	Número:	_____
Localidad:	_____	Código Postal:	_____
Provincia:	_____	Teléfono:	_____
NOMBRE DE LA EMPRESA SUMINISTRADORA DE LA HEMODIÁLISIS: _____			

SOLICITA:

Que, al estar recibiendo tratamiento de Hemodiálisis Domiciliaria con Máquina 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 2006), **le sea concedida la compensación económica por los gastos de electricidad y/o agua.**

En _____ a _____ de _____ de 2_____

Fdo.: _____