

1. Solicitud ayuda para tratamientos farmacéuticos de Fundación Cofares **Programa Sanamos**

Datos Personales

Nombre y Apellidos _____

DNI _____ Dirección _____

Código Postal _____ Provincia _____ E-mail: _____

Nombre y dirección de su farmacia habitual (*) _____

(*)Se derivará a la farmacia indicada anteriormente, siempre que sea posible.

Solicitud a través del trabajador social de:

- ONG o Fundación
- Centro de Salud Atención Primaria
- Hospitales

Adjunto:

- Informe trabajador social
- Indicación Médica Tratamiento
- Hoja de medicación o Receta

Fecha: ____ / _____ / 20 ____

Firma Solicitante

Firma Organización