



FECHA SOLICITUD: 19 de diciembre de 2024

NOMBRE: : ANTONIA CANTERO MACEDO

Nº IDENTIFICACIÓN: 80061815B

TELÉFONO: 625329978

CORREO ELECTRÓNICO: antoniacantero14@gmail.com

Datos de la solicitud:

Procedimiento: Aportación de Documentos para la Subsanación de Expedientes Electrónicos en curso

Ámbito: Badajoz

DIR3: EA0040066

EXPEDIENTE A SUBSANAR

Debe rellenar obligatoriamente el Nº de Expediente en tramitación. Está indicado en el documento de notificación del requerimiento.

Se incluye en la cabecera con el literal EXPEDIENTE, y en el texto, precedido de "número de expediente" p. ej.

0101PRG202100001

Número de Expediente

0601PRD202402842

Número de Registro

9874606676068cdb1ce4

DATOS DE LA SUBSANACIÓN

ASUNTO:

Se aporta documento firmado por la Clínica Dental con los distintos pagos y las fechas en que se realizaron.

También se adjunta pdf con los justificantes bancarios de estos pagos.

Exponga brevemente, si lo considera, cualquier comentario que quiera aportar a MUFACE.

DOCUMENTOS

Importante: escaneado de documentación. La aplicación solo admite un documento PDF por cada tipo de documentación. Ejemplo práctico: Si para la solicitud de una ayuda deben aportarse varias facturas y un informe médico, deberán escanearse por un lado todas las facturas juntas generando un único PDF para todas ellas, y por otro lado, el informe de graduación en un PDF aparte.

Puede incluir hasta 6 documentos, junto con su descripción.

Descripción del primer documento:

JUSTIFICANTES BANCARIOS DE PAGO

Documento 1

JUSTIFICANTES BANCARIOS DEL PAGO DE ORTODONCIA HIJO PEDRO PENIS CANTERO.pdf (1.23MB)

hash: 6cb8014f2e8e503bc9f80e90540748bb

DIRECCIÓN

PASEO JUAN XXIII, 26, 28040 MADRID

TEL: 060



Descripción del segundo documento:

DESGLOSE POR FECHAS DE LOS PAGOS Y FORMAS DE PAGO

Documento 2:

NATALIA FADON FORMA DE PAGO Y FECHAS.pdf (7.21MB)

hash: f8af91b3ee2d796460d751028d53ad10

Descripción del tercer documento:

No consta

Documento 3:

No consta

No consta

Descripción del cuarto documento:

No consta

Documento 4:

No consta

No consta

Descripción del quinto documento:

No consta

Documento 5:

No consta

No consta

Descripción del sexto documento:

No consta

Documento 6:

No consta

No consta

DECLARO BAJO MI RESPONSABILIDAD QUE:

Los datos consignados en esta solicitud son ciertos y que todos los documentos adjuntados a la solicitud son originales o copias fieles de los documentos originales. Asimismo, declaro que conozco la obligación de respetar el régimen de incompatibilidad de la ayuda que en su caso perciba, y de reintegrar el exceso con intereses de demora en caso de superar las ayudas recibidas, el coste incurrido y justificado en mi solicitud, de acuerdo con la normativa vigente.



PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

De acuerdo con el artículo 13 del Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo de 27 de abril de 2016 (Reglamento General de Protección de Datos Personales), se informa que los datos personales facilitados serán tratados por MUFACE con la finalidad de gestionar las prestaciones sanitarias en el Régimen del Mutualismo Administrativo. Este tratamiento es necesario para el cumplimiento de la obligación legal establecida en los artículos 4 y 12 del texto refundido de la Ley sobre Seguridad Social de los Funcionarios Civiles del Estado (aprobado por Real Decreto Legislativo 4/2000, de 23 de junio). Así como la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y Garantía de los Derechos Digitales. Puede ejercer sus derechos en materia de protección de datos ante la Directora del Departamento de Prestaciones Sanitarias de MUFACE. Más información: <http://www.muface.es/protecciondedatos>

Delegado/a de Protección de Datos de la Mutualidad: https://www.muface.es/muface_Home/muface/proteccion-de-datos/contacte-delegado-de-proteccion-de-datos.html
