SaludMadrid

FORMULARIO A RELLENAR Y FIRMAR POR EL PACIENTE O PERSONA QUE ACTÚA EN SU NOMBRE Y MANIFIESTA SU VOLUNTAD DE NO PAGAR LA TASA SOBRE LAS RECETAS MÉDICAS

La Ley de Medidas Fiscales, Financieras y Administrativas de la Comunidad de Madrid publicada en diciembre de 2012, establece la tasa por prestación de servicios administrativos complementarios de información, con ocasión de la emisión de recetas médicas y órdenes de dispensación, por los órganos competentes de la Comunidad de Madrid.

Según lo establecido en esta ley, el importe de la tasa se fija en 1 euro por receta u orden de dispensación correspondiente a un medicamento o producto sanitario efectivamente dispensado.

Para cumplir lo estipulado en esta ley, el titular de la oficina de farmacia tiene que cobrar la tasa en el momento de la dispensación.

El sujeto pasivo o persona que actúe en su nombre y representación, que manifieste su voluntad de no abonar la tasa, incumpliendo la obligación legalmente establecida, deberá cumplimentar el presente formulario y entregarlo en la farmacia en la que se dispensa el medicamento, antes de la dispensación.

El no pago de la tasa supone el incumplimiento de una obligación tributaria. La normativa aplicable es el Real Decreto 939/2005, de 29 de julio, por el que se aprueba el procedimiento general de recaudación, y se establece, entre otros el procedimiento de liquidación y recaudación de tasas y el procedimiento de apremio.

En cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, se informa que los datos de este formulario se incorporarán al fichero de gestión de la prestación farmacéutica, para la gestión y control de la prestación farmacéutica, cuyo órgano responsable es la Dirección General de Gestión Económica y Compras de Productos Sanitarios y Farmacéuticos, ante el cual pueden ejercerse los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.

La persona firmante declara que no paga la tasa de la receta que se identifica a continuación:

CIPA

NIF

Si es receta electrónica: identificador de prescripción

Si es receta papel: código de la receta

Fecha de dispensación (día/mes/año)

Nombre:_____ Apellidos: _____

Domicilio: _____

Municipio: _____ CP: _____

Teléfono: _____ Correo electrónico: _____

_____, _____, de _____ de _____

Firma :