



MINISTERIO  
DE SANIDAD, CONSUMO  
Y BIENESTAR SOCIAL



DIRECCION TERRITORIAL  
DE CEUTA

## “RECIBÍ” MATERIAL ORTOPROTÉSICO

D/D<sup>a</sup>.....  
 N.I.F.....  
 N° de afiliación a la Seguridad Social.....  
 N° de tarjeta sanitaria.....  
 Teléfono.....  
 E-mail.....

### CERTIFICO QUE:

He recibido de la Ortopedia .....situada en  
 Calle/Avenida/Paseo..... de ..... el material ortoprotésico  
 detallado en la factura que se adjunta.

En Ceuta a.....de.....de 20

Fdo: