



MINISTERIO  
DE SANIDAD  
Y CONSUMO



DIRECCION TERRITORIAL  
CEUTA

D/D<sup>a</sup> .....con D.N.I. nº.....y nº de  
afiliación a la Seguridad Social....., certifico que he recibido de la Ortopedia  
.....de....., el material orto-protésico detallado en la  
factura que se adjunta.

En Ceuta a.....de.....de 200

Fdo: