

## **DECLARACIÓN DE CIUDADANÍA/RESIDENCIA ESTADOUNIDENSE**

DisclosedRx Programa de Ahorro de Costes – Inscripción

1. Mi nombre legal completo: \_\_\_\_\_
2. **Soy ciudadano or residente legal de los Estados Unidos.**
3. Soy mayor de 18 años.
4. Yo resido en: \_\_\_\_\_
5. Mi dirección de envío es (No se admiten apartados de correos):  
\_\_\_\_\_
6. Yo doy mi permiso para inscribirme en el Programa de Ahorro de Costes de DisclosedRx y para obtener mi receta de mi prescriptor
7. He adjuntado una copia fiel y correcta de mi permiso de conducir o tarjeta de identificación expedidos por el Estado.

**Afirmo bajo pena de perjurio que lo anterior es cierto y correcto.**

**Firma:** \_\_\_\_\_

**Imprimir el nombre:** \_\_\_\_\_

**Fecha:** \_\_\_\_\_

Inserte/pegue una copia del  
permiso de conducir o de la  
tarjeta de identificación  
expedidos por el Estado