

Creemos Contigo



BOLETIN INFORMATIVO CEP



SERVICIO CEP TENERIFE – CAMBIO ENTIDAD MÉDICA

Cumplimenta tu solicitud y autorización Con CEP TENERIFE ahorras en gestiones burocráticas

CEP Comité Ejecutivo Provincial
Arida, 3 de mayo Nº 31: 38.005 Sta. Cruz de Tenerife
Tfno: 922.849.314 / Fax: 922.59.51.50
E-mail: cep.tenerife@copolicia.com

Cambio Ordinario de Entidad Médica

El Sr. José Manuel Carrilero Caballero en calidad de Secretario de Relaciones Institucionales de Santa Cruz de Tenerife del sindicato del Cuerpo Nacional de Policía, Confederación Española de Policía CEP, para presentar la solicitud de "Cambio Ordinario de Entidad Médica" en la sede de MUFACE s/a, Paseo de Millas de Garachico, nº 1 de esta Capital.

Lo que se participa a los efectos oportunos
En Santa Cruz de Tenerife, a _____ de enero de 20__

Fdo: _____

SEDE PROVINCIAL DE MUFACE SANTA CRUZ DE TENERIFE

CAMBIO DE ENTIDAD MÉDICA													
REGISTRACIÓN DEL CONTRATO	REGISTRO DE PRESTACIONES												
SEDE PROVINCIAL MUFACE	SEDE PROVINCIAL MUFACE												
FORMA DE SOLICITA	FORMA DE SOLICITA												
CÓDIGO DEL EMPLEADO	CÓDIGO DEL EMPLEADO												
REGISTRO DE ENTIDAD MUFACE	REGISTRO DE ENTIDAD MUFACE												
SOLICITUD													
Nombre de afiliado: []	Datos del titular: []												
<table border="1"> <tr> <td>Apellido</td> <td>Nombre</td> <td>Apellido</td> <td>Nombre</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Código postal y provincia</td> <td colspan="2">Provincia</td> </tr> <tr> <td colspan="2">Cambio que se solicita</td> <td colspan="2">Documentos que deben acompañarse</td> </tr> </table>		Apellido	Nombre	Apellido	Nombre	Código postal y provincia		Provincia		Cambio que se solicita		Documentos que deben acompañarse	
Apellido	Nombre	Apellido	Nombre										
Código postal y provincia		Provincia											
Cambio que se solicita		Documentos que deben acompañarse											
<p>CAMBIO QUE SE SOLICITA</p> <p>Indique el motivo de la solicitud y el efecto de aplicación de la misma. Marque con "X" la opción que corresponda.</p> <p>ENTIDAD A LA QUE DESEA SER ADSCRITO</p> <p><input type="checkbox"/> Servicio médico dentro del área de trabajo</p> <p><input type="checkbox"/> Servicio administrativo por nuevo centro de trabajo con traslado de domicilio</p> <p><input type="checkbox"/> Servicio administrativo por apertura de plaza respectiva en Entidad de destino</p> <p><input type="checkbox"/> Servicio administrativo entre Entidades de seguro, con la conformidad de los dos entes asegurados</p> <p><input type="checkbox"/> Cambio administrativo en MUFACE por traslado de residencia médica</p> <p><input type="checkbox"/> Servicio médico con desplazamiento del puesto geográfico y registro del traslado en el centro de la Seguridad Social</p>													
<p>DOCUMENTOS QUE DEBEN ACOMPAÑARSE</p> <p>Indique el tipo de documento que debe acompañarse a la solicitud.</p> <p><input type="checkbox"/> Documento de Afiliación actual</p> <p><input type="checkbox"/> Hoja vida documento</p>													
<p>DATOS RELATIVOS A LA NOTIFICACIÓN (Indicar con "X" las opciones elegidas)</p> <p>A la entidad de la notificación: <input type="checkbox"/> a través de correo postal <input type="checkbox"/> a través de correo electrónico</p> <p>A la entidad de la notificación: <input type="checkbox"/> a través de correo postal <input type="checkbox"/> a través de correo electrónico</p> <p>Indicar el lugar de notificación: <input type="checkbox"/> Domicilio particular <input type="checkbox"/> Domicilio laboral <input type="checkbox"/> Otro domicilio</p> <p>Indicar el lugar de notificación: <input type="checkbox"/> Domicilio particular <input type="checkbox"/> Domicilio laboral <input type="checkbox"/> Otro domicilio</p> <p>Indicar el lugar de notificación: <input type="checkbox"/> Domicilio particular <input type="checkbox"/> Domicilio laboral <input type="checkbox"/> Otro domicilio</p>													
<p>DECLARACIÓN JURADA</p> <p>Yo, el Sr. [] declaro que la información proporcionada es veraz y correcta.</p> <p>En cumplimiento de lo establecido en el artículo 15 de la Ley Orgánica 1/1980, de 26 de mayo, de ordenación de la Seguridad Social, y en el artículo 15 de la Ley Orgánica 1/1980, de 26 de mayo, de ordenación de la Seguridad Social, y en el artículo 15 de la Ley Orgánica 1/1980, de 26 de mayo, de ordenación de la Seguridad Social.</p>													
<p>LUGAR Y FECHA: _____</p> <p>FIRMA DEL SOLICITANTE: _____</p> <p>FIRMA DEL EMPLEADO: _____</p>													
<p>MUTUALIDAD GENERAL DE FUNCIONARIOS CIVILES DEL ESTADO</p>													

