

1 DATOS DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS

Nombre y apellidos o denominación social _____

Nombre comercial _____ DNI o CIF _____

Tipo de retención: Sin retención General Especial _____ %

Sociedades: Representante legal _____ DNI _____

Domicilio Social _____ C.P. _____

Localidad _____ Provincia _____ Fax _____

Correo Electrónico _____ Teléfono _____

Datos Bancarios (IBAN) _____

2 SOLO CUMPLIMENTAR SI FACTURA COMO PERSONA FÍSICA

Especialidad _____ Núm. de Colegiado _____

Idiomas de atención a pacientes: Inglés Alemán Francés Otros _____

3 SOLO CUMPLIMENTAR SI FACTURA COMO PERSONA JURÍDICA (Seleccione las especialidades)

- | | | | |
|--|---|---|--|
| <input type="checkbox"/> 1 Medicina General | <input type="checkbox"/> 14 Cirugía Plástica y Rec. | <input type="checkbox"/> 29 Neurofisiología | <input type="checkbox"/> 41 Urología |
| <input type="checkbox"/> 2 Pediatría | <input type="checkbox"/> 15 Cirugía Torácica | <input type="checkbox"/> 30 Neurología | <input type="checkbox"/> 50 Enfermería |
| <input type="checkbox"/> 3 Alergología | <input type="checkbox"/> 16 Dermatología | <input type="checkbox"/> 31 Ginecología y Obst. | <input type="checkbox"/> 51 Fisioterapia |
| <input type="checkbox"/> 4 Análisis Clínicos | <input type="checkbox"/> 17 Radiodiagnóstico | <input type="checkbox"/> 32 Oftalmología | <input type="checkbox"/> 52 Matronas |
| <input type="checkbox"/> 5 Anatomía Patológica | <input type="checkbox"/> 18 Endocrinología | <input type="checkbox"/> 33 Oncología Médica | <input type="checkbox"/> 58 Logopedia |
| <input type="checkbox"/> 7 Angiología y C. Vasc. | <input type="checkbox"/> 19 Estomatología | <input type="checkbox"/> 34 Oncología Radioteráp. | <input type="checkbox"/> 53 Podología |
| <input type="checkbox"/> 8 Aparato Digestivo | <input type="checkbox"/> 21 Hematología | <input type="checkbox"/> 35 O.R.L | <input type="checkbox"/> 63 Preparación al parto |
| <input type="checkbox"/> 9 Cardiología | <input type="checkbox"/> 24 Medicina Interna | <input type="checkbox"/> 36 Psiquiatría | <input type="checkbox"/> 64 Psicología |
| <input type="checkbox"/> 10 Cirugía Cardiovascular | <input type="checkbox"/> 25 Medicina Nuclear | <input type="checkbox"/> 37 Rehabilitación | <input type="checkbox"/> HOSPITALIZACIÓN |
| <input type="checkbox"/> 11 Cirugía General | <input type="checkbox"/> 26 Nefrología | <input type="checkbox"/> 38 Reumatología | <input type="checkbox"/> H. DÍA/C. AMBULATORIA |
| <input type="checkbox"/> 12 Cirugía Maxilofacial | <input type="checkbox"/> 27 Neumología | <input type="checkbox"/> 39 Tratamiento del dolor | <input type="checkbox"/> URGENCIAS |
| <input type="checkbox"/> 13 Cirugía Pediátrica | <input type="checkbox"/> 28 Neurocirugía | <input type="checkbox"/> 40 Traumatología | Horario _____ |

4 DOMICILIO ASISTENCIAL

Tipo de establecimiento: Hospital H. de Día/Centro Cirugía Ambulatoria Policlínico Consulta Otros _____

Nombre del centro _____ Intervenciones Quirúrgicas (centro) _____

(1) Domicilio _____ C.P. _____

Localidad _____ Provincia _____ Fax _____

Correo Electrónico _____ Teléfono _____

¿Dispone de instalación de Chip Card? Sí No Número de Terminal _____

5 DOCUMENTACIÓN APORTADA (Fotocopias)

Título Título de Especialistas Seguro de Responsabilidad Civil CIF y/o DNI Autorización Comunidad Autónoma

Fecha: _____

Firmado: _____

(1) En caso de otros domicilios indicar en ficha nueva

De conformidad con lo establecido en la Ley Orgánica 15/99, de 13 de Diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, ASEFA S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS se obliga a conservar de forma confidencial los datos facilitados por el profesional y/o sociedad que solicita su incorporación al su catálogo de servicios. ASEFA S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS queda expresamente autorizada para recabar, tratar automatizadamente en un fichero del que es responsable y ceder a entidades colaboradoras los datos personales, con la única finalidad de gestionar la actividad aseguradora de la Entidad. El profesional y/o sociedad podrá dirigirse a ASEFA S.A. DE SEGUROS Y REASEGUROS para consultar dichos datos o para actualizarlos, rectificarlos o cancelarlos, de conformidad con lo establecido en la antes referida Ley Orgánica.