

## 1 DATOS DEL PROVEEDOR DE SERVICIOS

Nombre y apellidos o denominación social \_\_\_\_\_

Nombre comercial \_\_\_\_\_ NIF \_\_\_\_\_

Tipo de retención: Sin retención  General  Especial \_\_\_\_\_ %

Sociedades: Representante legal \_\_\_\_\_ NIF \_\_\_\_\_

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  NIF  Autorización Comunidad Autónoma

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

Firmado: \_\_\_\_\_

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

#### INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL

De conformidad con lo establecido en la normativa vigente sobre Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos de que los datos facilitados serán incorporados en un sistema de tratamiento titularidad de ASEFA, S.A. Seguros y Reaseguros en su condición de Responsable del Tratamiento, con la finalidad de gestionar su solicitud de adhesión al catálogo de servicios de asistencia sanitaria de la entidad, cuya base de legitimación es la ejecución del contrato en el que el interesado es parte, o para la aplicación a petición de este de medidas precontractuales. Le informamos de que no se cederán datos a terceros, salvo obligación legal. Tiene derecho a ejercitar los derechos que le confiere la normativa sobre protección de datos, tal y como se describe en la información adicional y detallada, cuyo contenido podrá consultar en nuestra página Web <https://www.asefasalud.es/politica-de-privacidad>.