

SOLICITUD DE TARJETA DE SERVICIO MÉDICO



DATOS DEL TITULAR

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO
NÚMERO DE TARJETA	TELÉFONO DE CONTACTO	

DATOS DEL BENEFICIARIO PARA EL QUE SE SOLICITA LA TARJETA

(contestar si la tarjeta solicitada no es para el titular, sino para uno de sus beneficiarios)

NOMBRE	PRIMER APELLIDO	SEGUNDO APELLIDO

TIPO DE BENEFICIARIO:		Titular
		Cónyuge de titular
		Hijo / a de titular
		Padre /madre del titular
		Padre /madre del cónyuge del titular
		Otros (nietos, hermanos, etc.)

MOTIVO DE SOLICITUD DE LA TARJETA

	Extravío
	Robo
	Deterioro
	Modificación de Datos

Nota: no se permite el uso duplicados, cada beneficiario podrá tener una única tarjeta personal e intransferible.

MODO DE RECEPCIÓN

Señale el modo en el que quiere recibir la nueva tarjeta:

	Recogida en mano en las instalaciones del ICAM (C/Serrano N° 11, Planta Baja) (plazo 3 días)
	Envío por correo a la siguiente dirección (plazo de 15 días): C/ _____ Población: _____ C.P.: _____

FECHA:

FIRMA: