



MINISTERIO
DE HACIENDA
Y FUNCIÓN PÚBLICA

muface

SERVEI PROVINCIAL DE BARCELONA SERVICIO PROVINCIAL DE BARCELONA

**EXPEDIENTE DE CAMBIO DE ENTIDAD MÉDICA
CAMBIO ORDINARIO DENTRO DEL MES DE ENERO**

**EXPEDIENT DE CANVI D'ENDIDAT MÈDICA
CANVI ORDINARI DINS DEL MES DE GENER**

NÚMERO AFILIACIÓN/ NÚMERO D'AFILIACIÓ :		D.N.I. :	
APELLIDOS/COGNOMS:			
NOMBRE/ NOM :			
ENTIDAD A LA QUE DESEA SER ADSCRITO/ ENTITAT A LA QUÈ DESITGEU SER ADSCRIT:		ENTIDAD MÉDICA ACTUAL: ENTITAT MÈDICA ACTUAL:	
DIRECCIÓN: ADREÇA:			
CODIGO POSTAL: CODI POSTAL:		POBLACIÓN: POBLACIÓ:	
PROVINCIA: PROVÍNCIA :		Nº TELÉFONO: NUM TELÉFON:	
E-mail:		TELF. MOVIL: TELF. MÒVIL	

Documentos que deben acompañarse: documento de afiliación actual y tarjeta de asistencia médica de su entidad anterior.

Documents que s'han d'aportar : document d'afiliació actual i tarja d'assistència mèdica de l'entitat anterior.

LUGAR, FECHA Y FIRMA DEL TITULAR / LLOC, DATA I SIGNATURA DEL TITULAR :