

Sol·licitud d'inscripció, modificació o baixa d'un prestador

Inscripció	Modificació	Baixa	Prestador convenionat
Data			Prestador no convenionat

1. Dades de la persona sol·licitant

Núm. CASS:

Cognoms i nom:

Data de naixement:

Nacionalitat:

Correu electrònic:

Telèfon:

Document que us identifica:

Passaport

Document d'identitat núm.:

Permís:

Autorització de treball i residència

Altre (especificar)

Validesa del permís: Data Inici

Data fi:

Treball de curta durada (*)

(*) L'autorització de curta durada implica comunicar a la CASS els dies de treball que es realitzaran a Andorra, al correu secretariageneral@cass.ad.

2. Adreça professional

Adreça:

núm.:

esc.:

pis:

porta:

Població:

parròquia:

País:

codi postal:

Telèfon fix:

Telèfon mòbil:

Correu electrònic:

3. Tipus de prestador

Metge/ssa [especialitat]

Dentista - odontòleg

Infermer/a

Ortopista

Fisioterapeuta

Audioprotesista

Logopeda

Ortopedista

Terapeuta ocupacional

Laboratori

Altres (especificar):

4. Detall activitat assistencial a desenvolupar -cartera de serveis

5. Declaro i adjunto la documentació que acredita

Que disposo del decret d'acreditació

Si No

Que disposo de l'autorització d'exercici de la professió titulada

Compte propi Compte aliè

Que figuro d'alta al Registre de Centres, Serveis i Establiments Sanitaris i Sociosanitaris

Si No

Que estic col·legiat/da

Andorra Altres (especificar):

Que figuro inscrit/a al Registre de Professional Sanitari (RPS)

Si No

Document registre tributari (NRT) (en cas de compte propi)

Si No

6. Dades del compte bancari pel pagament de prestacions de tercer pagador

Codi IBAN:

Titular del compte bancari:

S'ha de complimentar el formulari "Ordre de domiciliació de dèbit directe SEPA" que figura a <https://www.cass.ad/tramits/cass-0209>

7. Autoritzo la CASS

A abonar els rebuts a nom meu a l'entitat bancària que indico en aquest document. Aquesta autorització és vàlida fins que no la revoqui per escrit.

8. Demano

Que s'accepti la present sol·licitud als efectes que figuren a l'inici d'aquest formulari (inscripció, modificació o baixa).

Que en cas de tenir una autorització de curta durada em dono per assabentat que he de comunicar a la CASS els dies de treball que realitzaré a Andorra, al correu cass@cass.ad, i presentar els formularis de conveni corresponents:

- Si és assegurat de l'INSS d'Espanya: els formularis E/AND28 i E/AND.101.
- Si és assegurat a la CPAM de França: el formularis SE130-01 i SE130-08.
- Si és assegurat: de la seguretat social de Portugal: PAND-02 i PAND-03.

9. Documentació annexa i informació complementària

Document d'identitat	
Curriculum vitae amb informació en relació a l'àmbit d'actuació, tipus de procediments, tècniques a desenvolupar, equipaments especials	
Formularis de desplaçaments com a treballador desplaçat (si s'escau):	
<ul style="list-style-type: none"> - Si és assegurat de l'INSS d'Espanya: els formularis E/AND28 i E/AND.101. - Si és assegurat a la CPAM de França: el formularis SE130-01 i SE130-08. - Si és assegurat: de la seguretat social de Portugal: PAND-02 i PAND-03. 	

10. Accepto

Que em dono per assabentat/ada dels drets i obligacions previstos per la normativa vigent i qualsevol incompliment a les disposicions donarà lloc a les sancions i responsabilitats corresponents.

11. Protecció de dades

D'acord amb el que disposa la Llei 29/2021, del 28 d'octubre, qualificada de protecció de dades personals, s'informa que el responsable del tractament és la CASS, amb domicili al carrer Joan Maragall, 3 AD500 Andorra la Vella, i telèfon 870870. Podeu contactar amb el Delegat de protecció de dades (DPD) dirigint-vos a dpd@cass.ad.

El tractament de les seves dades es realitza amb la finalitat de donar compliment a la present sol·licitud, a les obligacions legals de la CASS i altres bases legitimadores. Podeu accedir al nostre RAT mitjançant una sol·licitud adreçada al Delegat de protecció de dades.

Les dades proporcionades es conservaran durant el temps estrictament necessari per complir amb la finalitat per la qual es recaptin, i per determinar les possibles responsabilitats que es poguessin derivar d'aquesta finalitat, tenint en compte els períodes establerts en la normativa d'arxiu i documentació. Amb caràcter general no es comunicaran dades personals a tercers, amb l'excepció que existeixi una obligació legal.

La persona interessada pot exercir els drets d'accés, portabilitat, rectificació i supressió de les seves dades, així com a limitar-ne el tractament o a oposar-s'hi, formalitzant una sol·licitud escrita davant el DPD o per correu electrònic a l'adreça dpd@cass.ad. Així mateix, en cas que ho consideri escaient, la persona interessada pot presentar una reclamació davant l'autoritat de control.

12. Signatura

Signatura de la persona sol·licitant

Lloc:

Data:

Espai reservat a la CASS a omplir per l'Àrea de Control Sanitari

Acord favorable

Acord desfavorable

Motiu acord desfavorable:

Data de l'acord:

Àrea de Control Sanitari