

Sol·licitud d'inscripció, modificació o baixa d'un prestador**Data sol·licitud:**

Inscripció	Modificació	Baixa
Prestador convençionat		Prestador no convençionat
Curta durada(*)		Curta durada(*)

1. Dades de la persona sol·licitant

Núm. CASS:

Cognoms i nom:

Correu electrònic:

Telèfon:

Document que us identifica:

Passaport

Document d'identitat

(*) 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:

(*) Cal acreditar amb la Fitxa del registre de centres, serveis i establiments sanitaris o sociosanitaris.

3. Tipus de prestador

Metge/ssa [especialitat]		Audioprotesista
Dentista-odontòleg	Farmacèutics	Fisioterapeuta
Infermer/a	Laboratori	Logopeda
Ortopedista	Ortoptista	Psicòlegs
Taxista	Terapeuta ocupacional	
Altres (especificar):		

4. Detall activitat assistencial a desenvolupar - cartera de serveis

5. Adjunto la documentació acreditativa/ Documentació annexa i informació complementària següent:

Decret d'acreditació	
Decret d'exercici de la Professió titulada	
Fitxa del Registre de Centres, Serveis i Establiments Sanitaris i Sociosanitaris	
Registre de Professional Sanitari (RPS)	
Certificat / Carnet del Col·legi	
Document del número de registre tributari (NRT) (en cas de compte propi)	
Currículum vitae amb informació en relació a l'àmbit d'actuació, tipus de procediments, tècniques a desenvolupar, equipaments especials	
Certificat SAAS / Incompatibilitat de l'exercici (si treballa al SAAS)	
Document d'identitat	
Formularis de desplaçaments com a treballador desplaçat (si s'escau): - 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.	

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.

9. 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.

10. 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 recapten, 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.

11. 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