

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

Altres (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

Ortopedista 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:

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 secretariageneral@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.

8. 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.	

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. 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

Protecció de dades. A l'efecte del que preveu la Llei qualificada 15/2003 de protecció de dades personals, us informem que les dades consignades en aquest document s'incorporen als fitxers de la CASS i poden ser tractades i comunicades d'acord amb el Decret, del 20 de setembre de 2006, que regula els fitxers de dades de caràcter personal de l'ens públic Caixa Andorrana de Seguretat Social, BOPA núm. 74, any 18, del 27/09/2006. En relació amb les dades esmentades, podeu exercir els drets d'accés, rectificació, supressió i oposició, en els termes que preveu la Llei qualificada 15/2003 de protecció de dades personals.