

SOLICITUD DE INFORMACIÓN PARA ASOCIARSE CON UNIÓN DE MUTUAS

A través de este formulario solicito concertar una entrevista para que nos presenten sus servicios con la información sobre su organización.

***Fecha de solicitud**

Datos solicitante

*Nombre		*Apellidos	
*Cargo/departamento	*Teléfono	Teléfono móvil	
E-mail			
*En representación de	Empresa	Autónomo	Asesoría laboral

Datos empresa/autónomo solicitante

*Nombre/razón social			*CIF/DNI		
*Domicilio (calle, plaza...)		*Número	Esc./bloque	Piso	Puerta
*Código postal	*Localidad	*Provincia			
Mutua actual	Código de cuenta de cotización			Fecha de alta	

Datos asesoría laboral

Nombre	Teléfono
--------	----------

*Campos de obligatorio cumplimiento.

Al cumplimentar este formulario se da la conformidad a que los datos personales recogidos en el mismo se incorporen a un fichero titularidad de UNIÓN DE MUTUAS, y que sean tratados con la finalidad de enviar información, y para contactar para cuestiones inherentes a la gestión como entidad colaboradora con la Seguridad Social. Puede ejercer el derecho de acceso, rectificación, cancelación u oposición, de acuerdo con la Ley Orgánica 15/1999, mediante escrito dirigido a UNIÓN DE MUTUAS, MCSS N.º 267, en el domicilio sito en Av. Virgen del Lledó, n.º 69, 12004 Castellón.