
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 Professi3n titulada	
Fitxa del Registre de Centres, Serveis i Establiments Sanitaris i Sociosanitaris	
Registre de Professional Sanitari (RPS)	
Certificat / Carnet del Col·legi	
Document del n3mero de registre tributari (NRT) (en cas de compte propi)	
Curr3culum vitae amb informaci3n en relaci3n a l'àmbit d'actuaci3n, 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): <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. 	

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

Codi IBAN:

Titular del compte bancari:

S'ha de complir el formulari "Ordre de domiciliaci3n de d3bit 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. 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

9. Protecció de dades

La CASS us informa que tractarà les dades que voluntàriament ens faciliți mitjançant aquest formulari, juntament amb les que puguem demanar-vos o siguin necessàries per donar-vos el servei que ens demana, amb les finalitats d'atendre la seva sol·licitud i d'extraure estadístiques agregades per millorar els serveis i l'atenció de la CASS. Aquestes dades no es comparteixen amb tercers llevat que sigui estrictament necessari per a atendre la seva sol·licitud o que sigui la nostra obligació legal. Li recordem que a la política de privacitat del nostre lloc web trobarà informació addicional sobre aquest tractament, i sobre la manera d'exercir els seus drets d'accés, rectificació i supressió, entre altres.



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