



## ENTIDADE MEDIKOA ALDATZEKO

ESPEDIENTEAREN IDENTIFIKAZIOA

AURKEZPENAREN ERREGISTROA

ZERBITZU PROBINTZIALA

BULEGO DELEGATUA

ESPEDIENTEAREN KODEA

SARRERA ERREGISTROA

## ESKABIDEA

Afiliazio-zenbakia	IFZ/ Pasaporte/ Identifikazio-A. (EB)	<b>TITULARRAREN DATUAK</b>		Gaurko entitate medikoa
Deiturak		Izena		Telefonoa
Helbidea		Posta kodea eta Herria	Probintzia	Estatua
<b>ESKATZEN DEN ALDAKETA</b>		<b>ERANTSI BEHARREKO AGIRIAK</b>		
Osasun asistentzia zein Entitatean jaso nahi duzun adieraz ezazu (Osasun Sistema Publikoa baldin bada, adieraz ezazu "INSS") eta, jarraian, "X" bat dago(z)kion laukitxo(et)an.		Kasu guztietan ondoren <input checked="" type="checkbox"/> batekin adierazten dena; horretaz gainera eta bala badagokio, aldaketa mota bakoitzari dagokiona, "X" batekin adieraziko delarik dagokion laukitxoan.		
NAHI DUZUN ENTITATEAREN IZENA		<input checked="" type="checkbox"/> Egungo Afiliazio-agiria.		
<input type="checkbox"/> Ohizko aldaketa urtarrean zehar.		Beste agiririk ez.		
<input type="checkbox"/> Ezohizko aldaketa, Titularrak destino berria duelako beste probintzi batean.		<input type="checkbox"/> Trasladoa egiaztatzen duen administrazio-agiriaren fotokopia.		
<input type="checkbox"/> Ezohizko aldaketa, Entitatea aukeratzeko epe berezia ireki delako.		Beste agiririk ez.		
<input type="checkbox"/> Ezohizko aldaketa aseguru entitateen artekoa, biak ados daudelarik.		<input type="checkbox"/> Bi Entitateen adostasuna egiaztatzen duten idazkiak.		
<input type="checkbox"/> Ezohizko aldaketa INSSera, ospitaleko asistentzia medikoa dela eta.		<input type="checkbox"/> Patologia prozesuaren diagnostia eta Gizarte Segurantzaren Zentzoren baten tratamendua gomendatzen duten arrazoiei buruzko mediku-txostena.		
BESTELAKO AGIRIAK: <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....				
<b>JAKINARAZPENARI DAGOZKION DATUAK</b> (Aukeratutako laukietan <input checked="" type="checkbox"/> bat idatzi)				
Jakinarazpenerako, interesdunak honako bide hau <b>nahiago du</b> :				
<input type="checkbox"/> Fax zk. <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Posta-zerbitzua <input type="checkbox"/> Bestelakoak (adierazi) . .....				
eta jakinarazpenerako bigarren lekua (atal hau bakarrik bete behar duzu, jakinarazpena, titularraren datuei dagokien atalean adierazten den helbide desberdinean egitea nahi baduzu)				
<input type="checkbox"/> Bizilekua <input type="checkbox"/> Lan-lekua <input type="checkbox"/> Bestelakoa				
Jakinarazpenaren helbidea (Etorbidea, kalea edo plaza)		Herria	Posta kodea	
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Probintzia	Herria	Telefonoa		
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>		
Honako hau AITORTZEN DUT:				
a) Eskabide honetan azaldutako datuak egiazkoak direla.				
b) Nire konpromisoa BOST URTEZ INSSera adskribituta egongo naizela osasun asistentzia jasotzeko. (Ospitaleko asistentzia medikoa dela eta Entitate honetara aldatzeko ez ohizko aldaketa eskabideen kasuan).				
TOKIA ETA DATA		ESKATZAILEAREN IZENPEA, edo bere ordezkariarena, behar bezala egiaztatua. (LRJAP-PACren 32. art.)		
<input type="text"/>		<input type="text"/>		
<b>NORBERAREN DATUEN BABESA:</b> 15/1999 Lege Organikoaren 5.1 artikuluan adierazitakoaren ondorioetarako, MUFACEko Zuzendaritza Nagusiaren ardurapean, prestazioei eta taldeari buruzko datuak dituzten fitxategi automatizatuak daudela adierazten da eta prestazioen helburuak eta onuradunak prestazioen kudeaketari dagozkio. Halaber, aipatutako datuetara jotzeko eskubidea duzula jakinarazten dizugu eta baita zuzentzeko eta deuseztatzeko ere.				
<b>ESTATUKO FUNTZIONARIO ZIBILEN MUTUALITATE OROKORRA</b>				

# EBAZPENA

*Entitate aldaketako espediente guztientzat, Entitatea aukeratzeko epe berezia zabaldu delako edota Ospitaleko asistentzia medikoa dela eta INSSera aldatzeko ez ohizko eskabidea izan ezik.*

## ADOS

Eskatutako Entitate aldaketa ONARTUTA gelditzen da.  
Luzatu Afiliazio-agiri berria.

(e)n, (e)ko ren (e)an

*Ezohizko aldaketako espedienteentzat, asistentzia medikoa eskatzen duen arazo bera dela eta kaltetutako Titular bat baino gehiago dagoenean, hau da, aldaketa justifikatzen duten baldintza objektiboak ematen direnean, MUFACEko Zuzendaritza Nagusiak aukeraketa egiteko epe berezia irekitzea erabaki duenean.*

Entitatea aukeratzeko epe berezia ezartzen duen MUFACEko Zuzendaritza Nagusiaren erabakia kontutan izanik, koa, hain zuzen, eskatutako aldaketa ONARTU egiten da.  
Luzatu Afiliazio-agiri berria.

(e)n, (e)ko ren (e)an

*Ospitaleko asistentzia medikoa dela eta, INSSera adskribitzeko ezohizko aldaketa espedienteentzat, aldezturik Osasun Prestazioen Sailera igorri behar direnak Zerbitzuaren txostenarekin, hala badagokio.*

## MEDIKU-AHOLKULARIAREN TXOSTENA

(e)n, (e)ko ren (e)an



# ENTITATE MEDIKOA ALDATZEKO

ESPEDIENTEAREN IDENTIFIKAZIOA	AURKEZPENAREN ERREGISTROA
ZERBITZU PROBINTZIALA	
BULEGO DELEGATUA	
ESPEDIENTEAREN KODEA	SARRERA ERREGISTROA

## ESKABIDEA

Afiliazio-zenbakia	IFZ/ Pasaportea/ Identifikazio-A. (EB)	<b>TITULARRAREN DATUAK</b>	Gaurko entitate medikoa
Deiturak	Izena	Telefonoa	
Helbidea	Posta kodea eta Herria	Probintzia	Estatua
<b>ESKATZEN DEN ALDAKETA</b>		<b>ERANTSI BEHARREKO AGIRIAK</b>	
Osasun asistentzia zein Entitatean jaso nahi duzun adieraz ezazu (Osasun Sistema Publikoa baldin bada, adieraz ezazu "INSS") eta, jarraian, "X" bat dago(z)kion laukitxo(et)an.		Kasu guztietan ondoren <input checked="" type="checkbox"/> batekin adierazten dena; horretaz gainera eta bala badagokio, aldaketa mota bakoitzari dagokiona, "X" batekin adieraziko delarik dagokion laukitxoan.	
NAHI DUZUN ENTITATEAREN IZENA		<input checked="" type="checkbox"/> Egungo Afiliazio-agiria.	
<input type="checkbox"/> Ohizko aldaketa urtarrilean zehar.		Beste agiririk ez.	
<input type="checkbox"/> Ezohizko aldaketa, Titularrak destino berria duelako beste probintzi batean.		<input type="checkbox"/> Trasladoa egiaztatzen duen administrazio-agiriaren fotokopia.	
<input type="checkbox"/> Ezohizko aldaketa, Entitatea aukeratzeko epe berezia ireki delako.		Beste agiririk ez.	
<input type="checkbox"/> Ezohizko aldaketa aseguru entitateen artekoa, biak ados daudelarik.		<input type="checkbox"/> Bi Entitateen adostasuna egiaztatzen duten idazkiak.	
<input type="checkbox"/> Ezohizko aldaketa INSSera, ospitaleko asistentzia medikoa dela eta.		<input type="checkbox"/> Patologia prozesuaren diagnostia eta Gizarte Segurantzaren Zentzoren baten tratamendua gomendatzen duten arrazoiei buruzko mediku-txostena.	
BESTELAKO AGIRIAK: <input type="checkbox"/> ..... <input type="checkbox"/> .....			
<b>JAKINARAZPENARI DAGOZKION DATUAK</b> (Aukeratutako laukietan <input checked="" type="checkbox"/> bat idatzi)			
Jakinarazpenerako, interesdunak honako bide hau <b>nahiago du</b> :			
<input type="checkbox"/> Fax zk. <input type="text"/> <input type="checkbox"/> Posta-zerbitzua <input type="checkbox"/> Bestelakoak (adierazi) .....			
eta jakinarazpenerako bigarren lekua (atal hau bakarrik bete behar duzu, jakinarazpena, titularraren datuei dagokien atalean adierazten den helbide desberdinean egitea nahi baduzu)			
<input type="checkbox"/> Bizilekua <input type="checkbox"/> Lan-lekua <input type="checkbox"/> Bestelakoa			
Jakinarazpenaren helbidea (Etorbidea, kalea edo plaza)		Herria	Posta kodea
<input type="text"/>		<input type="text"/>	<input type="text"/>
Probintzia	Herria	Telefonoa	
<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	
Honako hau AITORTZEN DUT:			
c) Eskabide honetan azaldutako datuak egiazkoak direla.			
d) Nire konpromisoa BOST URTEZ INSSera adskribituta egongo naizela osasun asistentzia jasotzeko. (Ospitaleko asistentzia medikoa dela eta Entitate honetara aldatzeko ez ohizko aldaketa eskabideen kasuan).			
TOKIA ETA DATA	ESKATZAILEAREN IZENPEA, edo bere ordezkariarena, behar bezala egiaztatua. (LRJAP-PACren 32. art.)		
<b>NORBERAREN DATUEN BABESA:</b> 15/1999 Lege Organikoaren 5.1 artikuluan adierazitakoaren ondorioetarako, MUFACEko Zuzendaritza Nagusiaren ardurapean, prestazioei eta taldeari buruzko datuak dituzten fitxategi automatizatuak daudela adierazten da eta prestazioen helburuak eta onuradunak prestazioen kudeaketari dagozkio. Halaber, aipatutako datuetara jotzeko eskubidea duzula jakinarazten dizugu eta baita zuzentzeko eta deuseztatzeko ere.			
<b>ESTATUKO FUNTZIONARIO ZIBILEN MUTUALITATE OROKORRA</b>			