

Alta en póliza de:           Asistencia Sanitaria  
  Seguro de Accidentes

---

Nombre:

Apellidos:

Titulación:

Fecha de nacimiento:

NIF o pasaporte:

Domicilio particular:

Nº de teléfono:

Lugar de trabajo:

Nº teléfono del trabajo:

---

Duración de la cobertura: Desde

Hasta

Objeto:

---

Con cargo a:

Cuenta de Retenciones del Departamento:

Proyecto de Investigación:

Interesado.

---

V.B. del Director de departamento o Proyecto de Investigación.

Firma del interesado.

Madrid, a

Madrid, a

Fdo.:

Fdo.: