

Formulario de solicitud de información

Empresa	
CIF	
Persona de contacto	
Correo electrónico	
Teléfono	
Dirección	
Código Postal	
Localidad	

Marque sobre aquellos servicios que desea recibir información:

<input type="checkbox"/>	Cómo asociarse (ser mutualista)
<input type="checkbox"/>	Prestación por cese de actividades (paro autónomos)
<input type="checkbox"/>	Autónomos
<input type="checkbox"/>	Prevención de riesgos laborales
<input type="checkbox"/>	Bonus de prevención
<input type="checkbox"/>	Asistencia sanitaria por accidente de trabajo
<input type="checkbox"/>	Asistencia en el extranjero
<input type="checkbox"/>	Gestión de bajas por enfermedad común
<input type="checkbox"/>	Otras ayudas sociales
<input type="checkbox"/>	Subsidio riesgo embarazo y lactancia
<input type="checkbox"/>	Subsidio por cuidado a menores con enfermedad grave
<input type="checkbox"/>	Otros

Comentarios u observaciones

Fecha de la solicitud

Firma del solicitante

Nombre:

DNI:

Cargo: