SERVEI DE TELEASSISTÈNCIA

NOM USUARI 1:

NOM USUARI 2:

DOCUMENTACIÓ QUE CAL APORTAR PER A CADA USUARI:

1. **FOTOCÒPIA DNI**
2. **FOTOCOPIA TARGETA SANITÀRIA**
3. **INFORME MÈDIC DEL METGE DE CAPÇALERA**
4. **FOTOCÒPIA DE LA PRIMERA PÀGINA DE LA LLIBRETA ON CONSTA EL NOM DEL TITULAR DE LA LLIBRETA I EL NÚMERO DE COMPTE**
5. COMPANYIA DE TELÈFON:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
6. PERSONA QUE S’HA D’AVISAR PER FER LA INSTAL.LACIÓ:

NOM: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TELÈFON: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

1. SI TENEN ASSEGURANÇA MÈDICA PRIVADA SI NO
	1. SI FOTOCÒPIA TARGETA MÚTUA
2. NÚMERO DE TELÈFON: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_
3. ADREÇA DEL DOMICILI:

LOCALITAT:

CP:

NOM CARRER:

1. ESTAN ELS USUARI/S EMPADRONAT/S AL DOMICILI ACTUAL SI NO
2. ANOTAR LES DADES DE LES PERSONES QUE S’HA D’AVISAR EN CAS D’EMERGÈNCIA PER ORDRE DE PRIORITAT:

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| NOM I COGNOMS | TÉ CLAUS  | LOCALITAT ON VIU | PARENTIU | EDAT | TELEFON |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |