

SOLICITUD DE INFORMACIÓN A COLABORADORES

DATOS DEL COLABORADOR

RAZÓN SOCIAL / NOMBRE Y APELLIDOS DEL COLABORADOR:

CIF/NIF: _____

DOMICILIO: _____

POBLACIÓN: _____ C.P.: _____

TEL. FIJO: _____ TEL. MÓVIL: _____ FAX: _____

CORREO ELECTRÓNICO: _____

AUTORIZACIÓN AL SISTEMA RED (Razón social de la misma): _____

TITULAR AUTORIZADO: _____

NIF DEL TITULAR: _____ N° DE AUTORIZACIÓN: _____

OTROS NÚMEROS DE AUTORIZACIÓN (Rellenar en caso de operar en el despacho con más de un código de autorización Red)

(1) OTRO AUTORIZADO: _____ N° DE AUTORIZACIÓN: _____

(2) OTRO AUTORIZADO: _____ N° DE AUTORIZACIÓN: _____

(3) OTRO AUTORIZADO: _____ N° DE AUTORIZACIÓN: _____

(4) OTRO AUTORIZADO: _____ N° DE AUTORIZACIÓN: _____

DATOS DE MAZ (A rellenar por Mutua MAZ)

CLASIFICACIÓN DEL COLABORADOR. GRUPO: _____ SUBGRUPO: _____

CÓDIGO GESTOR EXTERNO: _____

Firma y sello:

Fecha firma: