



____/____/____

SOLICITUD DE TARJETA SANITARIA INDIVIDUAL DE ANDALUCÍA

Motivo de la solicitud (Marcar con una X la opción adecuada)

Primera vez No recibida Pérdida o robo Error de datos impresos Deterioro

(Adjuntar DNI/Libro de Familia y copia del documento de afiliación a la Seguridad Social del Titular)

Supone ALTA en BDU: SI NO

(A cumplimentar por el centro)

DATOS PERSONALES DEL SOLICITANTE

Apellidos: Nombre:
Nº Tarjeta Sanitaria de Andalucía: NAF Titular (1):
Género: Hombre Mujer Fecha de nacimiento:
Documento de Identificación (2): DNI Pasaporte NIE Número:
Comunidad Autónoma de nacimiento:
País de nacimiento:

Mutualidad: No MUFACE MUGEJU ISFAS
Comunidad Autónoma en la que tenía médico hasta ahora:
Convenio Internacional: Tarjeta Europea Número:

Domicilio habitual (3):
Código Postal: Provincia: País:
Municipio:
Localidad:
Teléfonos:
Correo electrónico:

DATOS DEL MÉDICO SOLICITADO

Clave: (A cumplimentar por el centro sanitario)
Médico:
Centro:

Firma del solicitante: