

## CAMBIO DE DOMICILIO

N.º de afiliado titular:

Apellido (de soltera) y nombre:

Firma y aclaración:

\_\_\_\_\_

DNI:

**DOMICILIO POSTAL:** (donde quiere recibir nuestra factura e informaciones adicionales)

Calle:

N.º

Piso

Dpto.

Tel.:

Fax:

Localidad:

Provincia:

C.P.:

**DOMICILIO DE RESIDENCIA** (donde vive)

Calle:

N.º

Piso

Dpto.

Tel.:

Fax:

Localidad:

Provincia:

C.P.:

Por favor, entregue esta solicitud en la oficina de Atención de Afiliados los días hábiles de 9 a 18 o envíela por fax al: (011) 5299-1005

**CEMIC**

CENTRO DE EDUCACIÓN MÉDICA  
E INVESTIGACIONES CLÍNICAS  
"NORBERTO QUIRNO"  
Fundado en 1958