



Fecha :	FAMILIAS NUMEROSAS ASOCIADAS			Nº. Tarjeta :	
DATOS PERSONALES TITULARES TARJETA SALUD FAMILIA					
Nombre 1er. Titular*	Primer Apellido*		Segundo Apellido		
DNI/NIE*:	Fec. Nac.:	Tf. Fijo:	Tf. Movil 1*:		
e-mail Titular 1:					
Nombre 2º. Titular	Primer Apellido		Segundo Apellido		
DNI/NIE*:	Fec. Nac.:	Tf. Fijo:	Tf. Movil 2*:		
e-mail Titular 2:					
DOMICILIO FAMILIAR					
Dirección:					
Población :		C.P. :	Provincia :		
DATOS PERSONALES BENEFICIARIOS					
Nombre Beneficiario 3	1 er. Apellido		2 º. Apellido		
Fec. Nac.:			DNI:		
Nombre Beneficiario 4	1 er. Apellido		2 º. Apellido		
Fec. Nac.:			DNI:		
Nombre Beneficiario 5	1 er. Apellido		2 º. Apellido		
Fec. Nac.:			DNI:		
Nombre Beneficiario 6	1 er. Apellido		2 º. Apellido		
Fec. Nac.:			DNI:		
Convenio:	Asociación / empresa				
observaciones :					
DATOS BANCARIOS / titular cuenta				Cuota anual	
Nombre	1er. Apellido		2º. Apellido		DNI/NIE:
Nº Cuenta	IBAN	ENTIDAD	OFICINA	DC	CUENTA
24 Dígitos					

Documentación: 1-DNI titulares. 2- Justificante de ingreso 3.- Asociación/empresa

Autorizo los cargos presentados por trabajando por la Familia S.L.

1er. Ingreso: Caja Rual nº. Cta. ES55 3081 0219 11 3621550122

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma:

He leído y acepto las condiciones de uso\*

#### CLÁUSULA DE CONFIDENCIALIDAD/ CONDICIONES DE USO\*

Los datos de carácter personal comunicados mediante este formulario y los obtenidos de la relación con TRABAJANDO POR LA FAMILIA, tXF serán incorporados a los ficheros de datos personales cuyo responsable es tXF. Los datos se destinan a la prestación por parte de tXF de sus servicios, entre los que se incluye la información, incluso por medios electrónicos y automáticos, de ofertas y promociones de productos y servicios de empresas de los sectores financiero, seguros, previsión, telecomunicaciones, energía, informática, formación, información, turísticos y de viajes, arte, ocio y cultura, inmobiliarios, automoción, alimentación, vestido, consumo, regalos, mantenimiento del hogar, ONGs y cualesquiera otros que obtenga tXF por sí mismas o a través de los acuerdos con terceras entidades con las que acuerden ofertas para los titulares de la tarjeta y las personas incluidas en el formulario de solicitud. Por medio del acuerdo de cesión de la gestión de tXF a ATFAN (Asociación provincial toledana de Familias Numerosas con CIF G45634201) esta gestionará los ficheros. Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición podrán ejercerse mediante carta, teléfono o e-mail dirigido a tXF, (Cl. Río Bullaque, 34 centro social 45007 Toledo) Tfno. 637 76 73 81 e-mail: [info@saludfamilia.es](mailto:info@saludfamilia.es). El solicitante manifiesta y garantiza que ha informado a todos y cada uno de los miembros de su familia cuyos datos aporta, de este hecho, así como de la finalidad a que serán destinados los mismos y la posibilidad de ejercer los derechos de oposición, acceso, rectificación y cancelación y se hace responsable de cualquier posible reclamación al respecto. MAYO 2019

## EXPONEN

I.- Que Trabajando por la Familia entre sus actividades se dedica a concertar acuerdos con profesionales y empresas de reconocido prestigio que le permita obtener mejores condiciones o descuentos en los productos o servicios que éstas presenten para poder ofrecérselos a sus usuarios.

II.- Que, como consecuencia de lo anterior, Trabajando por la Familia tiene suscritos convenios de colaboración con distintos profesionales médicos/sanitarios, clínicas privadas y empresas relacionadas con la salud.

III.- Que El **SOLICITANTE** está interesado en la contratación de la **Tarjeta Salud Familia**, que da acceso a estos servicios, en la forma y condiciones que a continuación se detallan y de conformidad a las siguientes

### ESTIPULACIONES:

**Primera.** - El **SOLICITANTE** recibe en este acto, y se actualizará periódicamente mediante publicación en la web y medios electrónicos o conocidos como social media (redes sociales...) la información sobre los profesionales médicos/sanitarios etc. incluidos en la **Tarjeta Salud Familia**.

**Segunda.** - El **SOLICITANTE** será atendido por los profesionales y/o clínicas incluidas en nuestros convenios, aplicándoles por visita/consulta/prueba (ya sea diagnóstica o no) el precio y/o condiciones publicados en la página web [www.saludfamilia.es](http://www.saludfamilia.es). El **SOLICITANTE** reconoce de forma expresa que ha sido informado que poseer la **Tarjeta Salud Familia** da derecho única y exclusivamente a obtener descuentos en los servicios médicos/ sanitarios y clínicas privadas concertados por Trabajando por la Familia.

**Tercera.** - Como contraprestación por obtener y poder utilizar la **Tarjeta Salud Familia** el **SOLICITANTE** abonará una cuota anual desde la cuenta facilitada por el **SOLICITANTE**, con los descuentos aplicables mediante los convenios que Trabajando por la Familia realice. El impago de una de estas cuotas supone la pérdida automática y desde esa misma fecha de los beneficios que concede la **Tarjeta Salud Familia**, quedando sin efecto la misma y sin que el **SOLICITANTE** pueda utilizarla a partir de ese momento. El **SOLICITANTE** no podrá reclamar nada por ningún concepto a Trabajando por la Familia, aún en el supuesto de que tuviera una visita concertada y/o estuviera pendiente de recibir o continuar un tratamiento.

**Cuarta.** - El **SOLICITANTE** ha sido informado de forma expresa, y así lo reconoce, que los profesionales médicos/sanitarios y/o clínicas realizarán sus servicios y/o comercializarán sus productos, asumiendo la plena y exclusiva responsabilidad por los mismos, y en consecuencia como profesional o empresa totalmente independientes de Trabajando por la Familia.

**Quinta.** - El **SOLICITANTE** entiende a todos los efectos que Trabajando por la Familia o ATFAN son completamente ajenas a la relación entre él y el profesional médico/sanitario y/o clínica al que decida acudir de los que consten en la web de **Tarjeta Salud Familia**.

**Sexta.** - El **SOLICITANTE** entiende que por el carácter directo y exclusivo de su relación como usuario y el profesional médico/sanitario y/o clínica, toda comunicación y/o datos recopilados tanto médicos como personales, son exclusivos de ambos.

**Séptima.** - El **SOLICITANTE** se compromete a notificar a Trabajando por la Familia cualquier cambio en los datos que constan en el encabezamiento y estén relacionados con la **Tarjeta Salud Familia**.

**Octava.** - El **SOLICITANTE** dispondrá del necesario acceso a internet, ya que es el medio para acceder a la página web de la **Tarjeta Salud Familia**, tratándose de un sistema para conocer y validar a los usuarios que soliciten sus servicios.

**Novena.** - El **SOLICITANTE** es informado, y así lo reconoce expresamente, que los profesionales médicos/sanitarios y/o clínicas son los plenos y únicos responsables de su actuación profesional, de la de su equipo y sus colaboradores, así como de los resultados que pudieran derivarse de ella, ya sea por dolo, culpa o negligencia, por caso fortuito, acción u omisión, con completa indemnidad por parte Trabajando por la Familia, quien se limita a facilitar una **Tarjeta Salud Familia** que permite acceder a descuentos en estos servicios .

**Décima.** - Ni los profesionales médicos/sanitarios y/o clínicas, ni sus colaboradores, ni ningún empleado o auxiliar del mismo, mantienen relación laboral alguna con Trabajando por la Familia -**Tarjeta Salud Familia**, y así ha sido informado el **SOLICITANTE**.

**Decimoprimera.** - El profesional médico/sanitario y/o clínica desarrollará su labor y recibirá sus emolumentos por sus servicios directamente del **SOLICITANTE**, con los descuentos aplicables, con completa indemnidad, por todo concepto, Trabajando por la Familia - **Tarjeta Salud Familia**.

**Decimosegunda.** - La duración inicial de este acuerdo y finalizará en el momento en que cualquiera de las partes comunique a la otra su intención de no continuarlo por escrito y con una antelación de dos meses.

**Decimotercera.** - El incumplimiento de alguna de las obligaciones contenidas en las presentes cláusulas, será causa justificada para resolver este acuerdo de forma automática, autorizando el **SOLICITANTE** a recibir esta notificación de incumplimiento mediante el correo electrónico facilitado, sin que desde entonces pueda utilizar la **Tarjeta Salud Familia**.

**Decimocuarta.** - Las partes se someten a la competencia de los Tribunales de la ciudad de Toledo para la resolución de cuantos litigios pudieran producirse en relación con la interpretación, validez, eficacia o cumplimiento del presente contrato.

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Trabajando por la Familia

El Solicitante

