



Tarjeta

SaludFamilia

Tarjeta Salud familia

ATFAN, Calle Río Bullaque, 24 - 45007 Toledo
C.I.F. G45634201

925 24 56 83 - 637 76 73 81



ACUERDO DE COLABORACIÓN PARA LA INCORPORACIÓN A LA Tarjeta Salud Familia ENTRE ATFAN y

REUNIDOS

De una parte, ATFAN con C.I.F. G45634201, domiciliada a efectos de este acuerdo en Calle Río Bullaque, 24. Representada por su presidente Don José Luis García Rufo con DNI 70330785M

De otra parte nombre empresa _____
con C.I.F. _____
Responsable D. _____
con DNI _____
Domicilio en la calle _____ nº. _____
Población _____ CP _____
Tlf.: _____, _____, _____
email _____
Web _____

en adelante **EL COLABORADOR**.

Actuando ambos en el nombre y representación que se ha hecho constar, se reconocen con capacidad legal suficiente y poder bastante para este acto y

EXPONEN

I.- Que **EL COLABORADOR** se dedica a:

II.- Que **ATFAN**, mediante acuerdo con **TxF**, se dedica a la distribución de la tarjeta de salud **TARJETA SALUD FAMILIA** en la COMUNIDAD DE Castilla-La Mancha.

III.- En el ámbito de sus respectivas actividades empresariales, **EL COLABORADOR** y ATFAN están interesados en suscribir un **ACUERDO DE COLABORACIÓN**, de conformidad a las siguientes

ESTIPULACIONES:

IV.- Obligaciones de las partes. –

3.1.- **EL COLABORADOR** se obliga a: _____

Con un descuento exclusivo a los titulares de la **TARJETA SALUD FAMILIA**.

- Prestar los servicios gozando de plena autonomía y libertad de criterio en el desempeño del trabajo encomendado a los titulares de la **TARJETA SALUD FAMILIA** siempre basándose en la calidad, confianza, responsabilidad, cercanía, conocimiento, privacidad y eficacia, que ambas partes mantienen.

3.2.- **ATFAN** se obliga a:

- Ofrecer los servicios de **EL COLABORADOR** a los titulares de la **TARJETA SALUD FAMILIA** de manera global poniendo a disposición de **EL COLABORADOR** sus canales de comunicación y otros medios que hubiere, para dar a conocer los servicios de **EL COLABORADOR** a sus clientes y colectivos interesados.



Tarjeta

SaludFamilia

Tarjeta Salud familia

ATFAN, Calle Río Bullaque, 24 - 45007 Toledo
C.I.F. G45634201

925 24 56 83 - 637 76 73 81



V.- Condiciones económicas. - EL COLABORADOR se compromete a respetar el cuadro de honorarios y/o precios pactado con la Tarjeta Salud Familia. Debiendo, caso de variar las condiciones, comunicar estos cambios con un preaviso de un mes. Estos honorarios y/o precios reconocidos únicamente podrán modificarse por acuerdo expreso y por escrito entre las partes. Estos honorarios y/o precios serán exigibles por EL COLABORADOR únicamente a los titulares de la TARJETA SALUD FAMILIA no pudiendo ser exigidos o repercutidos a la TARJETA SALUD FAMILIA en ningún caso.

VI.- Confidencialidad. - Las partes se comprometen a guardar confidencialidad comprometiéndose a no difundir, bajo ningún concepto, cualquier información referente a aspectos jurídicos o de organización interna a la otra parte a la que haya podido tener acceso con ocasión de la ejecución del presente convenio, salvo que esas informaciones sean de dominio público o que su revelación sea requerida por la ley.

VII.- Duración del acuerdo. - El presente contrato entra en vigor el día de su firma y se realiza con carácter exclusivo por un período de un año (1), renovándose tácitamente por períodos de similar vigencia si no hay denuncia expresa, de forma fehaciente, por cualquiera de las partes con la antelación mínima de un mes anterior a su término.

VIII.- Protección de Datos. Ambas partes reconocen tener legalizados y al día los ficheros de Protección de Datos conforme la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales y el RGPO, en todo lo que les atañe.

IX.- Resolución de contrato. Sin perjuicio de la extinción que corresponda por mutuo acuerdo o cumplimiento del plazo pactado, los intervinientes podrán denunciar el presente acuerdo, por incumplimiento grave de las condiciones esenciales de la otra parte. Esta denuncia no llevará aparejada reclamación económica o de otro tipo alguna.

X.- Se dejan señalados como domicilio a efectos de notificaciones aquellos que constan en el encabezamiento de este escrito, sirviendo de notificación en forma a los efectos de este contrato las comunicaciones dirigidas a los mismos, sin perjuicio de que hayan sido o no recibidas por su destinatario.

XI.- Foro. - Las partes se comprometen a intentar resolver de manera amistosa cualquier desacuerdo que pudiera surgir en el desarrollo del presente contrato. En caso de no ser posible dicha solución amistosa, las partes acuerdan, con renuncia expresa a cualquier otro fuero que pudiera corresponderles, someterse a la jurisdicción y competencia de los Tribunales de la ciudad de Toledo.

Habiéndose leído el presente por sí mismos y hallándose conformes, lo firman por duplicado y a un solo efecto.

En _____ a _____ de _____ de _____

Fdo.: El Colaborador

Fdo.: José Luis García Rufo



CLÁUSULA DE CONFIDENCIALIDAD/ CONDICIONES DE USO

Los datos de carácter personal comunicados mediante este formulario y los obtenidos de la relación con ATFAN serán incorporados a los ficheros de datos personales y/o de empresas cuyo respectivo responsable es la Asociación provincial Toledana de Familias Numerosas (ATFAN). Los datos se destinan a la información y prestación por parte de ATFAN de sus servicios, para las familias poseedoras de la tarjeta de salud familia y sus miembros. Los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición podrán ejercerse, mediante carta, teléfono o e-mail dirigido a ATFAN, (Cl. Río Bullaque, 34 (centro social 45007 Toledo Tfno. 925 24 56 83 correo electrónico atfan@atfan.es.