

Doc. Asoc.	CCC			Régimen	Fecha efecto			Código Colaborador	CIF/NIF
	Prov.	Número	Clave		Día	Mes	Año		

Razón social de la empresa o 1^{er} apellido, 2^o apellido, nombre

Domicilio social

Tipo Vía	Nombre Vía	Nº	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
----------	------------	----	--------	----------	------	--------

Domicilio social

Población	Código Postal	Provincia
-----------	---------------	-----------

Centro de trabajo

Tipo Vía	Nombre Vía	Nº	Bloque	Escalera	Piso	Puerta
----------	------------	----	--------	----------	------	--------

Centro de trabajo

Población	Código Postal	Provincia
-----------	---------------	-----------

Datos de contacto

Persona de contacto	teléfono	fax	E/ Mail.
---------------------	----------	-----	----------

¿Tiene Representante Trabajadores?	
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

¿Aporta informe Representante trabajadores?	
Sí <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>

Condiciones

- Asimismo, sin perjuicio de la obligación de anticipo prevista en la Ley General de la Seguridad Social, **quedará cubierto** por el Documento de Asociación **exclusivamente** el personal que la Empresa tenga dado de alta en la Seguridad Social.
- La asociación tendrá efecto a partir de las cero horas de la fecha efecto arriba indicada.

La empresa asociada

Mutual Midat Cyclops

D./D^a.:
En calidad de:
DNI: