



INSTITUT DE SERVICIO MÉDICO DE LOS TRABAJADORES DE LA EDUCACIÓN DEL ESTADO DE COAHUILA
PLAN DE PROTECCIÓN MÉDICO FAMILIAR INTEGRAL
Cédula de Inscripción

DATOS DEL CONTRATANTE

Institución		Entidad que cubre su sueldo	
Numero de empleado		Delegación sindical	

Nombre	Nombre seguido de apellidos paterno y materno.		Edad	años
Fecha de nacimiento	dd/mm/aaaa	R.F.C.		
Estatus civil	soltero/casado/concubinato/divorciado/viudo			

Domicilio	calle	número
	colonia/fraccionamiento	código postal
	municipio	localidad

Centro de Trabajo	anote nombre del lugar donde trabaja		Ubicación	anote el municipio del centro de trabajo
Categoría		Fecha de Ingreso		
Observaciones				

DATOS DE AFILIADOS

NOMBRE COMPLETO	PARENTESCO	FECHA DE NACIMIENTO	OBSERVACIONES

Habiendo sido informado del contenido y alcances de los lineamientos, costos, términos y condiciones del PLAN DE PROTECCIÓN MÉDICO FAMILIAR INTEGRAL, suscribo esta cédula como prueba fehaciente de mi voluntad. De igual forma autorizo con dicha firma me sea hecho el descuento vía nómina correspondiente al pago de dicho servicio por lo que hace a mi persona y mis beneficiarios inscritos. Acepto que la modificación o actualización de costos, cobertura, términos y condiciones del plan contratado me sean notificados mediante su publicación en la página web del Servicio Médico de los Trabajadores de la Educación, o de manera personal a través del Departamento de Afiliación de dicho organismo. En la Ciudad de _____, Coahuila; a los _____ días del mes de _____ del año _____.

Nombre y Firma del Contratante.	
--	--

Nota:

- A) ANEXAR UNA COPIA DE IDENTIFICACIÓN OFICIAL (IFE).
B) DE ACUERDO CON LA NORMATIVIDAD VIGENTE, LA PRIMA SE DECONTARA VIA NOMINA.