



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

**DATOS DEL CONTRATANTE**

<b>Institución</b>		<b>Entidad que cubre su sueldo</b>	
<b>Numero de empleado</b>		<b>Delegación sindical</b>	

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

<b>Domicilio</b>	calle	número
	colonia/fraccionamiento	código postal
	municipio	localidad

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

Habiendo sido informado del contenido y alcances de los lineamientos, costos, términos y condiciones del PLAN DE PROTECCIÓN MÉDICO FAMILIAR, 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 \_\_\_\_\_.

<b>Nombre y Firma del Contratante.</b>	
--	--

Nota:

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