

# ASOCIACIÓN DE USUARIOS DE ALIANSA SALUD EPS

## Formato de vinculación

• Fecha:

Inscripción:  Actualización de datos:  Retiro:

• Tipo de afiliado:

Cotizante:

Beneficiario:

• IPS de atención primaria:

\_\_\_\_\_

• Nombres y apellidos:

\_\_\_\_\_

• Documento de identidad:

CC:

CE:

PEP:

• Dirección de residencia:

• Localidad:

• Barrio:

\_\_\_\_\_

• Correo electrónico:

\_\_\_\_\_

• Teléfono fijo:

• Celular:

\_\_\_\_\_

• Firma:

\_\_\_\_\_

**Observaciones:**

En caso de retiro de la Asociación de Usuarios de Aliansalud EPS, por favor indica el motivo.

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

- Una vez diligenciado este formato, por favor envíalo a: [asociaciondeusuariosaliansalud@gmail.com](mailto:asociaciondeusuariosaliansalud@gmail.com) o entrégalo en la **Oficina de Atención al Usuario de Aliansalud EPS** en **Cr 65 11-50, Piso 2, Lc 2-87 y 2-88.**

 Al diligenciar el presente formulario autorizo el uso de los datos aquí registrados, serán tratados de conformidad con **la Política de Tratamiento de Datos (Ley 1581 del 2012).**