



GOBIERNO DE ESPAÑA

MINISTERIO DE TRABAJO E INMIGRACIÓN

SECRETARÍA DE ESTADO DE LA SEGURIDAD SOCIAL



Instituto Social de la Marina

SOLICITUD DE REINTEGRO DE GASTOS DE BOTIQUINES DE PRIMEROS AUXILIOS

Registro del ISM

Este formulario está confeccionado en papel autocopiativo. Rellene el impreso de la forma más completa y exacta posible, ya que así facilitará la tramitación de la solicitud. GRACIAS POR SU COLABORACIÓN

BOTIQUÍN

Inicial

Reposición ordinaria parcial

Reposición ordinaria total

Reposición por circunstancias excepcionales

1. DATOS REFERIDOS A LA EMPRESA

1.1 DATOS DE LA EMPRESA			
Nombre o razón social	NIF	Centro de trabajo	CCC principal
Domicilio	Código postal	Localidad	
Provincia	Teléfono	Correo electrónico	Nº de trabajadores
1.2 DATOS DEL REPRESENTANTE DE LA EMPRESA			
Primer apellido	Segundo apellido	Nombre	
DNI - NIE - pasaporte	Cargo que ocupa		

2. DATOS BANCARIOS DE LA EMPRESA

NOMBRE DE LA ENTIDAD FINANCIERA		DOMICILIO		Número
C. POSTAL	LOCALIDAD	PROVINCIA		
Código cuenta cliente (CCC)	ENTIDAD	OFICINA/SUCURSAL	DÍGITO CONTROL	NÚMERO DE CUENTA

3. IMPORTE TOTAL DEL REINTEGRO QUE SE SOLICITA

Importe

DECLARO que son ciertos los datos consignados en el presente documento y AUTORIZO a la Administración para que mis datos de identificación y los de las personas relacionadas en el mismo puedan ser consultados, cotejados y verificados, con garantía de confidencialidad en el caso de acceso informatizado a los mismos.

..... a de de 20
Firma del/de la solicitante,

A CUMPLIMENTAR POR LA ADMINISTRACIÓN

DOCUMENTOS QUE SE LE REQUIEREN EN LA FECHA DE RECEPCIÓN DE LA SOLICITUD POR EL ISM:	
1	<input type="checkbox"/> DNI del solicitante
2	<input type="checkbox"/> Documento acreditativo de la representación legal
3	<input type="checkbox"/> Factura/s original/es
4	<input type="checkbox"/> Documento acreditativo de la circunstancia excepcional para la reposición (denuncia, declaración responsable, etc.)
Recibí	Firma

Recibí los documentos requeridos a excepción de los núms.:
Firma
Cargo y nombre del funcionario
Fecha Lugar

Funcionario de contacto:
