

## DOCUMENTO DE OPCIÓN PARA LA ASISTENCIA SANITARIA (C / 1)

Apellidos: .....

Nombre: .....

Domicilio: .....

Localidad: .....

CP: ..... Provincia: .....

Comunidad de nacimiento / País: .....

### DECLARO:

- ❖ Que como .....  
de .....  
miembro de la Asociación de la Prensa de Madrid, con derecho a la utilización del Servicio Médico de la APM y en relación con el Convenio de asistencia sanitaria suscrito con la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, manifiesto mi **OPCIÓN** de recibir la asistencia sanitaria de la Seguridad Social por enfermedad común y accidente no laboral, tanto en **ATENCIÓN PRIMARIA** como en **ATENCIÓN ESPECIALIZADA**, a través del **SERVICIO MÉDICO de la APM**, de conformidad con lo establecido en el Reglamento del mismo.
- ❖ Que estoy dado de alta en la Seguridad Social con el número de afiliación ....., perteneciente al Régimen ..... como consta en la fotocopia del Documento de Afiliación a la Seguridad Social que entrego junto con este Documento en la Asociación de la Prensa de Madrid.
- ❖ Que estoy empadronado en el municipio de la Comunidad de Madrid antes citado.
- ❖ Que conozco que la **OPCIÓN elegida me excluye** de recibir asistencia sanitaria, tanto en atención primaria como en atención especializada, en los centros sanitarios del Servicio Madrileño de Salud (SERMAS), por lo que en caso de recibirla, deberá ser abonada por la APM, si hubiera autorizado la asistencia, o por mí si hubiera acudido por iniciativa propia.
- ❖ Que adquiero la obligación de comunicar a la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, a través de la Asociación de la Prensa de Madrid, cualquier modificación en los datos incluidos en este Documento de Opción.
- ❖ Que cuando reciba la TARJETA SANITARIA individual de la Comunidad me comprometo a enviar a la Dirección General de Atención Primaria del Servicio Madrileño de Salud (Plza. Carlos Trías Bertrán, 7 – 28020 Madrid) la Tarjeta Sanitaria actualmente en mi poder.

Madrid, ..... de 20 .....

Fdo.: .....