



# Formulario de abono

Ejemplar que se deberá remitir a:  
**MEDICAL MOBILE SEGURIDAD S. L.**  
**SOCIEDAD UNIPERSONAL**



Inscrita en el Registro Mercantil de Madrid,  
al tomo 23.060, folio 141, hoja M-413148,  
CIF B84783265.

**Ref: Abono**  
**C/ Velázquez, 53 - 2º izda. 28001, Madrid**

Código asociado	<input type="text"/>
Código revendedor	<input type="text"/>

Cumplimentar en LETRAS MAYÚSCULAS y con tinta negra

ICC	<input type="text"/>	(indicado en la tarjeta de Telefónica Móviles España)
N.º DE SERIE COLUMBA:	<input type="text"/>	(indicado al dorso del Columba)

## DATOS DEL ABONADO (Dirección de intervención)

CONTACTO:	<input type="checkbox"/> SEÑOR	<input type="checkbox"/> SEÑORA
APELLIDOS	<input type="text"/>	
NOMBRE	<input type="text"/>	
CALLE	TELÉFONO	NÚMERO
PLANTA	PUERTA	<input type="text"/>
CIUDAD	<input type="text"/>	
PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL	

## ABONO AL SERVICIO COLUMBA

<input checked="" type="checkbox"/> ME SUSCRIBO AL SERVICIO DE MEDICAL MOBILE SEGURIDAD S. L. S. U. Y ACEPTO LA SIGUIENTE TARIFA	Contrato de 49 euros al mes, impuestos no incluidos. Duración del Contrato de 36 meses.
ZONA SEGURA DÍA:	La Alerta Automática se iniciará cuando el Abonado salga de la Zona Segura, definida como un perímetro circular de <input type="text"/> metros (mínimo 250) metros de radio alrededor de la posición de la base de carga del Abonado.
ZONA SEGURA NOCHE:	Deseo que la Zona Segura se reduzca por la noche los 7 días de la semana <input type="checkbox"/> SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/> Si la respuesta es sí, el horario será de las <input type="text"/> : <input type="text"/> horas a las <input type="text"/> : <input type="text"/> horas. El perímetro de noche es de 250 metros de radio alrededor de la posición de la base de carga del Abonado.

## DATOS DEL SUSCRIPTOR (Dirección de facturación. Si existiese Representante Legal, debe figurar como Suscriptor.)

DESEO RECIBIR MI FACTURA DE FORMA ELECTRÓNICA	<input type="checkbox"/> SÍ (Dirección de e-mail obligatoria)	<input type="checkbox"/> NO
<input type="checkbox"/> SEÑOR	<input type="checkbox"/> SEÑORA	<input type="checkbox"/> EMPRESA
RAZÓN SOCIAL	CIF/NIF	
APELLIDOS	<input type="text"/>	
NOMBRE	<input type="text"/>	
TELÉFONO	MÓVIL	FAX
E-MAIL	<input type="text"/>	
CALLE	NÚMERO	
PLANTA	PUERTA	<input type="text"/>
CIUDAD	<input type="text"/>	
PROVINCIA	CÓDIGO POSTAL	
INTERVIENE EN NOMBRE DEL ABONADO EN CALIDAD DE	<input type="checkbox"/> TUTOR	<input type="checkbox"/> CUIDADOR
	<input type="checkbox"/> OTRO:	<input type="text"/>

## DATOS DE LOS RESPONSABLES

Los Responsables aceptan expresamente ser contactados en caso de que se inicie una Alerta Automática o en caso de activación del Botón de Alerta, y, en su caso, intervenir directamente con el Abonado.

**RESPONSABLE 1 (EL "RESPONSABLE PRINCIPAL". Si existiese Representante Legal, sus datos deben figurar como Responsable 1)**

APELLIDOS	<input type="text"/>	
NOMBRE	<input type="text"/>	
TELÉFONO	DOMICILIO	CÓDIGO SECRETO
	TRABAJO	IMPORTANTE: Marque 1, 2 y 3 para indicar el orden de prioridad en el que desea ser contactado.
	MÓVIL	
E-MAIL	<input type="text"/>	

**RESPONSABLE 2**

APELLIDOS	<input type="text"/>	
NOMBRE	<input type="text"/>	
TELÉFONO	DOMICILIO	CÓDIGO SECRETO
	TRABAJO	IMPORTANTE: Marque 1, 2 y 3 para indicar el orden de prioridad en el que desea ser contactado.
	MÓVIL	
E-MAIL	<input type="text"/>	

**RESPONSABLE 3**

APELLIDOS	<input type="text"/>	
NOMBRE	<input type="text"/>	
TELÉFONO	DOMICILIO	CÓDIGO SECRETO
	TRABAJO	IMPORTANTE: Marque 1, 2 y 3 para indicar el orden de prioridad en el que desea ser contactado.
	MÓVIL	
E-MAIL	<input type="text"/>	



