



Formulario de cambio de datos postales, domicilio, teléfono.

Datos del solicitante (Utilice tinta negra y LETRAS MAYÚSCULAS para completar todas las secciones marcadas con un asterisco (*)).

Nombre (*)

Apellidos (*)

N.I.F. (*)

Fecha de nacimiento (*)

Fecha efectiva del cambio de dirección

Dirección nueva (No se permiten apartados postales)

Ciudad

Código Postal

Teléfono 1

Teléfono 2

Este formulario puede ser entregado en el mostrador de información del área de citaciones del Servicio de Admisión (planta 0 entrada por calle Diego de León 62), o ser remitido al correo electrónico gestion_citas.hlpr@salud.madrid.org