

### ANEXO IV. ADSCRIPCIÓN DE MEDIOS PERSONALES

DON/DOÑA \_\_\_\_\_, con D.N.I. nº \_\_\_\_\_, y domicilio en \_\_\_\_\_, c/ \_\_\_\_\_ nº \_\_\_\_\_, actuando en su propio nombre y derecho, o en representación de la empresa \_\_\_\_\_, con C.I.F. \_\_\_\_\_, a la cual represento en calidad de \_\_\_\_\_.

Mediante el presente escrito adquiero el compromiso de adscripción del siguiente equipo de trabajo al contrato con número de expediente CS-2025/5101/0020 “servicio de asistencia sanitaria en régimen ambulatorio y fisioterapia a los trabajadores integrados en el colectivo protegido de la Mutua de Andalucía y de Ceuta, en la localidad de Coín (Málaga)”.

Número de Orden	Identificación del/a trabajador/a	Categoría	Antigüedad
1		Licenciatura/Grado en Fisioterapia	
2		Licenciatura/Grado en Medicina	
3		Licenciatura/Grado en Medicina especialidad Traumatología	
4		Técnico especialista Radiodiagnóstico	
5		DUE	

(\*) Se relacionarán, al menos, los miembros del equipo de trabajo con los perfiles profesionales descritos en el apartado 1.4 del PPT.

Asimismo, me comprometo a comunicar al responsable del contrato cualquier modificación en el equipo de trabajo adscrito. En este sentido acepto que cualquier modificación de los miembros del equipo de trabajo que conlleve la sustitución por personal deba ser aprobada por el responsable del contrato de la Mutua.

La empresa a una persona de contacto (con línea directa e inmediata), y sustituta en caso de ausencia, así como sus datos de contacto de tlf fijo, móvil y correo electrónico, para resolver cualquier incidencia o consulta y comunicará urgentemente las incidencias que impidan o demoren la realización de las peticiones de consulta o tratamiento.

<b>PERSONA CONTACTO</b>	<b>CATEGORÍA</b>	<b>TLF. FIJO</b>	<b>TLF. MÓVIL</b>	<b>CORREO ELECTRÓNICO</b>
	PRINCIPAL			
	SUSTITUTO			

Y para que conste y surta los efectos oportunos, se expide y firma la presente declaración, en \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2025.

Fdo. \_\_\_\_\_