

## SOLICITUD PARA CAMBIO DE DIRECCION

**Instrucciones:**

1. Completar el formulario con toda la información requerida en letra de molde.
2. Enviarlos por fax al 787-650-0051 o al correo electrónico a [contrataciones@intermedpr.com](mailto:contrataciones@intermedpr.com).

Núm. Prov.

Fecha de Solicitud

INFORMACION DEL PROVEEDOR	
Nombre del Proveedor	
NPI	Especialidad
Correo Electrónico	

CAMBIO SOLICITADO		
<input type="checkbox"/> Postal <input type="checkbox"/> Física		
Dirección Postal		Pueblo
		Zip Code
Dirección Física Ofinica 1		Teléfono 1
		Teléfono 2
Pueblo	Zip Code	Fax
Dirección Física Ofinica 2		Teléfono 1
		Teléfono 2
Pueblo	Zip Code	Fax

Declaro que he examinado la información suministrada en esta solicitud, que soy la persona autorizada a recibir la información solicitada bajo el identificador personal antes descrito y que a mi mejor entender todo lo expuesto es correcto y verdadero. Autorizo a International Medical Card a tramitar la información a la dirección y/o teléfono en esta solicitud.

Nombre del Proveedor o Representante Autorizado

Firma del Proveedor o Representante Autorizado

Puesto

Fecha

\_\_\_\_\_  
Firma del Representante de IMC

\_\_\_\_\_  
Fecha

**Nota: No se realizará ningún cambio si el documento no esta firmado.**