



**DECLARACION SOBRE COBERTURA SANITARIA Y  
PAGO DE LA COTIZACIÓN A MUFACE DE FUNCIONARIOS EN SITUACIÓN DE  
SERVICIOS ESPECIALES**

Nombre y Apellidos	Nº de Afiliación a MUFACE

**DECLARO:**

1.- Que con efectos de \_\_\_\_\_ he pasado a la situación administrativa de “servicios especiales” al amparo de lo dispuesto en el artº 87.1.b del Real Decreto Legislativo 5/2015, de 30 de octubre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley del Estatuto Básico del Empleado Público, según consta en la Resolución cuya fotocopia adjunto.

2.- Que  SI  NO dispongo de cobertura de asistencia sanitaria a través del Organismo, Gobierno o Entidad que me ha contratado.

3.- Que el importe de la cotización a MUFACE que como mutualista obligatorio me corresponde,

**Será abonado por el Organismo de origen**, siendo retenido de mi nómina de trienios, se aporta Certificado de Abono de Cotizaciones a cargo de trienios cumplimentado y firmado por el organismo de origen.

**Será abonado directamente por mí**, al no darse el supuesto anterior, mediante domiciliación bancaria formalizada en MUFACE con la cumplimentación del impreso SEPA.

Lugar y fecha	Firma