

**ÁLAVA****HOSPITAL ALTA RESOLUCIÓN**

Calle: Beato Tomas Zumarraga, 10

CP: 1008 Vitoria - Gasteiz

T: 945 009 090 F: 945 008 889

[partesasistenciavi@mutualia.es](mailto:partesasistenciavi@mutualia.es)

Horario: 8:00- 20:00 L-V

\*Fuera de este horario y festivos, asistencia sanitaria en el Hospital San José

**LLODIO**

P.I.: Arza, 7

CP: 1400 Llodio/Llodio

T: 946 728 560 F: 946 727 914

[partesasistenciallodio@mutualia.es](mailto:partesasistenciallodio@mutualia.es)

Médico y enfermería: 8:00 - 19:00 L-V

**BIZKAIA****CLINICA ERCILLA 24h.**

Calle: Ercilla, 10

CP: 48009 Bilbao

T: 944 252 500 F: 944 252 545

[partesasistenciabi@mutualia.es](mailto:partesasistenciabi@mutualia.es)**BASAURI**

Avda Cervantes, 51 – Pol. Denak

CP: 48970 Basauri

T: 944 050 545 F: 944 050 549

[partesasistenciabasauri@mutualia.es](mailto:partesasistenciabasauri@mutualia.es)

Médico y enfermería: 8:00 - 19:00 L-V

**ERANDIO**

Calle: Ribera de Axpe, 28

CP: 48950 Erandio

T: 944 042 100 F: 944 042 101

[partesasistenciaerandio@mutualia.es](mailto:partesasistenciaerandio@mutualia.es)

Médico y enfermería: 8:00 - 19:00 L-V

**GERNIKA**

Calle: Jose Antonio Aguirre kalea, 1

CP: 48300 Gernika

T: 946 258 607 F: 946 251 877

[partesasistenciagernika@mutualia.es](mailto:partesasistenciagernika@mutualia.es)

Medico: 8:00 - 12:30 / 15:00 - 18:00 L-V

Enfermería: 8:00 - 19:00 L-V

**IURRETA**

Calle: Bidebarrieta kalea, 17 – 19

CP: 48215 Iurreta

T: 946 816 000 F: 946 201 112

[partesasistenciariurreta@mutualia.es](mailto:partesasistenciariurreta@mutualia.es)

Médico y enfermería:

8:00 - 19:00 L-V

**SANTURTZI**

Calle: Avd. Murrieta, 70 (Hospital San Juan de Dios)

CP: 48980 Santurtzi

T: 944 629 436 F: 944 614 308

[partesasistenciasanturtzi@mutualia.es](mailto:partesasistenciasanturtzi@mutualia.es)

Médico y enfermería: 8:00 - 19:00 L-V

**ZAMUDIO**

Calle: Parque Tecnológico - Ed. 206 Bajo B

CP: 48170 Zamudio

T: 944 317 007 F: 944 209 415

[partesasistenciazamudio@mutualia.es](mailto:partesasistenciazamudio@mutualia.es)

Médico y enfermería: 8:00 - 19:00 L-V

**GIPUZKOA****CLINICA PAKEA 24h.**

Calle: Arriola pasealekua, 26

CP: 20018 Donostia - San Sebastián

T: 943 212 600 F: 943 211 188

[partesasistenciass@mutualia.es](mailto:partesasistenciass@mutualia.es)**AZKOITIA**

Calle: Plaza Anaitasuna, 3 bajo

CP: 20720 Azkoitia

T: 943 853 242 F: 943 852 443

[partesasistenciaazkoitia@mutualia.es](mailto:partesasistenciaazkoitia@mutualia.es)

Médico y enfermería: 8:30 -13:00 / 14:00 - 17:00 L-J

8:00-15:30 V

**BEASAIN**

Calle: Dulce Maria Loinaz kalea, 1 – 2

CP: 20200 Beasain

T: 943 085 340 F: 943 085 341

[partesasistenciabeasain@mutualia.es](mailto:partesasistenciabeasain@mutualia.es)

Médico y enfermería: 8:00 - 19:00 L-V

**BERGARA**

Calle: Amillaga, 8

CP: 20570 Bergara

T: 943 761 349 F: 943 765 611

[partesasistenciabergara@mutualia.es](mailto:partesasistenciabergara@mutualia.es)

Médico y enfermería: 8:00 - 19:00 L-V

**EIBAR**

Calle: Barrena 20,22 (Azitain)

CP: 20600 Eibar

T: 943 202 724 F: 943 201 968

[partesasistenciaeibar@mutualia.es](mailto:partesasistenciaeibar@mutualia.es)

Médico y enfermería: 8:00 - 19:00 L-V

**IRUN**

Calle: Pagogaina, 6 Bajo

CP: 20301 Irún

T: 943 243 410 F: 943 243 411

[partesasistenciairun@mutualia.es](mailto:partesasistenciairun@mutualia.es)

Médico y enfermería: 8:00 - 19:00 L-V

**MADRID****CENTRO ADMINISTRATIVO**

Calle: Francisco Gervás, 12

CP: 28020 Madrid

T: 915 670 371 F: 915 793 604

[partesasistenciamadrid@mutualia.es](mailto:partesasistenciamadrid@mutualia.es)

Horario Administrativo: 8:00 - 15:00 L-J

8:00 - 14:30 V

**MADRID - SAN RAFAEL**

Calle: De Serrano, 199

CP: 28016 Madrid

T: 914 111 688 F: 915 619 978

[partesasistenciamadrid@mutualia.es](mailto:partesasistenciamadrid@mutualia.es)

Horario Administrativo:

8:00 - 15:00 L-J - 8:00 - 14:30 V

Horario Asistencial:

8:00 - 15:00 L-J - 8:00 - 14:30 V

Servicios: Urgencias 24 Horas, Asistencia

Sanitaria CP y Radiología.

Rogamos presten asistencia sanitaria a la persona trabajadora cuyos datos se indican a continuación, por posible contingencia profesional.

## 1. DATOS DE EMPRESA Y TRABAJADOR/A

Empresa (Razón Social)

CCC empresa:

Nombre y apellidos trabajador/a:

DNI / NIE trabajador/a:

Puesto de trabajo desempeñado por trabajador/a:

Nº teléfono trabajador/a:

## 2. INFORMACIÓN DEL SUCESO

Fecha del suceso: \_\_\_\_\_

Hora del suceso: \_\_\_\_\_

**MARQUE CON UNA X LO QUE CORRESPONDA:**

El suceso ha sido **OBSERVADO** directamente por un responsable u otro trabajador/a; o **CONSTATADO** por la empresa.

El suceso ha sido **REFERIDO** por el/la trabajador/a, **NO** habiendo podido ser **CONSTATADO** por la empresa.

Descripción detallada del suceso o dolencia motivo de la petición de asistencia sanitaria por posible contingencia profesional:

## 3. DATOS DE PERSONA RESPONSABLE Y CONTACTO DE LA EMPRESA

D. / Dña. \_\_\_\_\_

Kargua | Cargo: \_\_\_\_\_

Teléfono: \_\_\_\_\_

Correo electrónico: \_\_\_\_\_

En: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma y sello de la empresa: