



.....  
(nom i cognoms)

Afiliat/afiliada a la MUFACE amb el núm. ...., actualment en situació administrativa de **SERVEIS ESPECIALS**, a l'empara de l'article **87.1** de l'Estatut Bàsic de l'Empleat Públic (Reial decret legislatiu 5/2015, de 30 d'octubre),

**DECLARO:**

Que l'import de la cotització a la **MUFACE** que em correspon com a mutualista obligatori,

- Serà retingut de les retribucions** que percebré a través del meu departament de destinació, tal com s'acredita al document adjunt.
- Serà retingut de l'import dels triennis** que percebo a través del meu departament d'origen, tal com s'acredita al document adjunt.
- Serà abonat directament per mi**, en no donar-se cap dels supòsits anteriors, mitjançant domiciliació bancària formalitzada a MUFACE amb la formalització de l'"Ordre de domiciliació de càrrec directe SEPA" (Orden de domiciliación de Adeudo Directo SEPA).

....., ..... de/d' ..... de 20....  
(signatura)