



FR.104

Registro de presentación

Registro de entrada

SOLICITUD DE ASIGNACIÓN / RESCISIÓN DE CÓDIGOS DE CUENTA DE COTIZACIÓN Y / O NÚMEROS DE AFILIACIÓN PARA AUTORIZADOS DEL SISTEMA RED*

* Solo cuando el NIF de la autorización coincida con el del CCC/NAF a asignar/rescindir. Cuando el NIF de la autorización no coincida con el del NAF/CCC a asignar/rescindir será necesario cumplimentar el formulario FR.103, FR.10 o el FR.115. No se permitirá asignar a autorizaciones tipo empresa, CCCs con distinto NIF al de la autorización.

1. DATOS DE LA AUTORIZACIÓN

RAZÓN SOCIAL / NOMBRE Y APELLIDOS NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN FISCAL (NIF)

NÚMERO DE AUTORIZACIÓN (SISTEMA RED)

Form fields for address: TIPO DE VÍA, NOMBRE DE LA VÍA PÚBLICA, BLOQUE, NÚM., BIS, ESCAL., PISO, PUERTA, C.POSTAL, MUNICIPIO, PROVINCIA, TELÉFONO, FAX, CORREO ELECTRÓNICO*, TELÉFONO MÓVIL* campo opcional

* Este campo se utilizará para comunicaciones entre la TGSS y la autorización en el ámbito del Sistema RED

TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN

Form fields for authorization holder: PRIMER APELLIDO, SEGUNDO APELLIDO, NOMBRE, NÚMERO DE IDENTIFICACIÓN FISCAL (NIF)

2. DATOS DEL CÓDIGO DE CUENTA DE COTIZACIÓN / NAF

Form fields for contribution code: A*, R*, CÓDIGO DE CUENTA DE COTIZACIÓN / NAF, RAZÓN SOCIAL / NOMBRE Y APELLIDOS, NIF

*A: Asignación, R: Rescisión

Se adjunta FR.104 ANEXO con otros CCCs secundarios de esta empresa para los que también se solicita esta asignación/rescisión.

En el caso de que la presente solicitud sea de asignación, y el Código de Cuenta de Cotización o Afiliado incluido en la misma, así como los indicados en el FR.104 Anexo, sean gestionados por otra autorización RED, la cumplimentación del presente formulario implica su voluntad expresa de RESCINDIR estos CCCs/NAF de dicha autorización.

SOLICITA: QUE LE SEAN ASIGNADOS / RESCINDIDOS LOS CÓDIGOS DE CUENTA DE COTIZACIÓN / NAF RELACIONADOS, PARA HACER USO DEL SISTEMA DE TRANSMISIÓN TELEMÁTICA DE DATOS SEGÚN LA NORMATIVA REGULADORA DEL SISTEMA RED, ASÍ COMO PARA LA RECEPCIÓN DE NOTIFICACIONES TELEMÁTICAS RELATIVAS A ESOS CÓDIGOS DE CUENTA DE COTIZACIÓN Y/O NAF, DE ACUERDO A LO ESTABLECIDO POR LA DISPOSICIÓN ADICIONAL QUINCUGÉSIMA DE LA LEY GENERAL DE LA SEGURIDAD SOCIAL.

ÓRGANO AL QUE SE DIRIGE LA SOLICITUD. DIRECCIÓN PROVINCIAL DE LA TGSS DE:

Form fields for signature: Lugar, FIRMA, Fecha, Sello de la Empresa, NOMBRE Y APELLIDOS

ALOS EFECTOS PREVISTOS EN EL ARTÍCULO 5 DE LA LEY ORGÁNICA 15/1999, DE 13 DE DICIEMBRE (B.O.E. DEL 14-12-1999) DE PROTECCIÓN DE DATOS DE CARÁCTER PERSONAL, SE LE INFORMA QUE LOS DATOS SOLICITADOS EN EL PRESENTE MODELO, SERÁN INCORPORADOS AL FICHERO GENERAL DE AFILIACIÓN, REGULADO POR LA ORDEN DE 27-07-1994, MODIFICADOS POR LA ORDEN DE 26-03-1999. RESPECTO DE LOS CITADOS DATOS PODRÁ EJERCITAR LOS DERECHOS DE ACCESO, RECTIFICACIÓN Y CANCELACIÓN EN LOS TÉRMINOS PREVISTOS EN DICHA LEY ORGÁNICA.

ADVERTENCIA: En las Comunidades Autónomas con lengua cooficial, existe a su disposición este impreso redactado en lengua vernácula.

