

DOCUMENTACIÓN QUE DEBE APORTARSE ADJUNTA A LA PRESENTE SOLICITUD

TODOS LOS SOLICITANTES:

- Fotocopia DNI – NIE del representante/titular de la empresa.
- Fotocopias de las facturas de las inversiones realizadas.
- Documento acreditativo de la facultad de representación de la empresa y relación adjunta.

- Certificado de estar al corriente de pagos con la Seguridad Social.
(Puede solicitarlo mediante el sistema RED de la TGSS con su número de autorización o de forma presencial en cualquier Administración de la TGSS).

- Certificación de requisitos conforme al modelo facilitado por ACTIVA MUTUA.

- Autodeclaración sobre actividades preventivas y sobre la existencia de representación de los trabajadores en materia de Prevención de Riesgos Laborales o comité intercentros de seguridad y salud.

Empresas que durante el período de observación no tuvieran protegidas las contingencias de AT y EP con ACTIVA MUTUA por haber estado protegidas por otra entidad o tratarse de empresas colaboradoras de la Seguridad Social conforme al art. 77.1a) de la LGSS:

- Certificado de la TGSS acerca del volumen de cotizaciones durante el periodo de observación.

- Documento que acredite el importe total de la prestación por incapacidad temporal derivada de contingencias profesionales en el período de observación.

- Documento que acredite el número total de partes de AT y EP con baja laboral en el periodo de observación.

- Documento que acredite el número total de reconocimientos de incapacidad permanente y de fallecimientos en el periodo de observación.

La solicitud deberá enviarse a nuestra sede central o bien presentarla en la delegación de ACTIVA MUTUA más cercana.

Recuerde que:

El plazo de presentación de las solicitudes del presente año será de 1/4 - 15/5.

Empresa asociada a una sola mutua

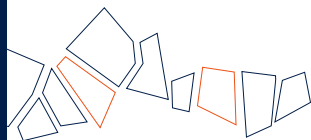
Se realizará una única solicitud, correspondiente a todos los códigos de cuenta de cotización con el mismo código de actividad (CNAE) a efectos de cotización por contingencias profesionales, en la mutua donde esté asociada en el momento de la presentación.

Empresa asociada a varias mutuas

- **Un solo CNAE.** En el caso de que la empresa tenga protegidas las contingencias profesionales en más de una mutua, la solicitud se deberá formular en aquella que tenga la cobertura de su código de cuenta de cotización principal.

- **Varios CNAE.** En el supuesto de realizar más de una actividad económica a efectos de cotización por contingencias profesionales, la solicitud se deberá formular en aquella mutua que tenga la cobertura de su código de cuenta de cotización más antiguo.

En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que, mediante la cumplimentación del presente formulario, sus datos personales quedarán incorporados y serán tratados única y exclusivamente por Activa Mutua 2008, con el fin de poderle prestar y ofrecer nuestros servicios. Asimismo, le informamos de la posibilidad de que ejerza los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos de carácter personal en lopd@activamutua.es o P^o Onze de Setembre, 34 - 25199 - Lleida.



SOLICITUD DE INCENTIVOS A LAS EMPRESAS QUE HAYAN CONTRIBUIDO ESPECIALMENTE A LA DISMINUCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SINIESTRALIDAD LABORAL (RD 404/2010, de 31 de marzo y Orden TIN/1448/2010, de 2 de junio)

MODELO: Volumen de cotización inferior a 5000 €.

Sello entrada en Activa Mutua

Período de observación año: desde hasta
Fecha solicitud:

DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE DE LA EMPRESA SOLICITANTE

Nombre y apellidos	NIF
Cargo	
<input type="checkbox"/> Titular de la empresa (en caso de persona física).	
<input type="checkbox"/> Administrador (en caso de personalidad jurídica).	
<input type="checkbox"/> Presidente del Consejo de Administración u Órgano de Gobierno equivalente (en caso de personalidad jurídica).	

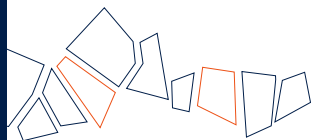
DATOS DE LA EMPRESA SOLICITANTE

Razón social	CIF/NIF	CNAE
--------------	---------	------

INFORMACIÓN SOBRE LOS CÓDIGOS CUENTA COTIZACIÓN (CCC) ASOCIADOS A OTRAS MUTUAS

¿Ha estado o está asociada la empresa a otras mutuas durante el período de observación? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo especifíquelas:
De ser así, ¿qué mutua cubre el código de cuenta principal?
¿Ha tenido diferentes CNAE cubiertos por otras mutuas durante el período de observación? SÍ <input type="checkbox"/> NO <input type="checkbox"/>
En caso afirmativo especifíquelas:
De ser así, ¿qué mutua cubre el código de cuenta más antiguo?
Cuotas de contingencias profesionales por incapacidad temporal (IT):
Cuotas por contingencias profesionales por incapacidad, muerte y supervivencia (IMS):
Total de cuotas por contingencias profesionales:

En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que, mediante la cumplimentación del presente formulario, sus datos personales quedarán incorporados y serán tratados única y exclusivamente por Activa Mutua 2008, con el fin de poderle prestar y ofrecer nuestros servicios. Asimismo, le informamos de la posibilidad de que ejerza los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos de carácter personal en lopd@activamutua.es o P^o Onze de Setembre, 34 - 25199 - Lleida.



SOLICITUD DE INCENTIVOS A LAS EMPRESAS QUE HAYAN CONTRIBUIDO ESPECIALMENTE A LA DISMINUCIÓN Y PREVENCIÓN DE LA SINIESTRALIDAD LABORAL (RD 404/2010, de 31 de marzo y Orden TIN/1448/2010, de 2 de junio)

CERTIFICACIÓN DEL REPRESENTANTE LEGAL DE LA EMPRESA

Certifico que la empresa:

1. Ha realizado inversiones, debidamente documentadas y determinadas cuantitativamente, en instalaciones, procesos o equipos en materia de prevención de riesgos laborales que puedan contribuir a la eliminación o disminución de riesgos durante el período de observación, que se cuantifican en el apartado 1.1, de la autodeclaración que se acompaña.
2. No ha sido sancionada por resolución firme y no siendo el solicitante considerado en la misma sujeto responsable directo de la infracción, en el período de observación, por infracciones muy graves, o más de dos infracciones graves en materia de prevención de riesgos laborales o de Seguridad Social, tipificadas en el texto refundido de la Ley de Infracciones y Sanciones en el Orden Social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 5/2000, de 4 de agosto.
3. Acredita, mediante la autodeclaración adjunta sobre actividades preventivas y sobre la existencia de representación de los trabajadores en materia de Prevención de Riesgos Laborales, el cumplimiento por la empresa de los requisitos básicos en materia de prevención de riesgos laborales.

4. Ha desarrollado o realizado alguna de las siguientes acciones:

- Asunción por el empresario de la actividad preventiva o designación de trabajadores de la empresa que asuman dicha actividad.
- Obtención, por el empresario o los trabajadores designados que vayan a asumir las tareas preventivas, de formación real y efectiva en materia de prevención de riesgos laborales.

Fdo.:

Conforme con la certificación (1)

Fdo.: Delegado/s de Prevención (2)

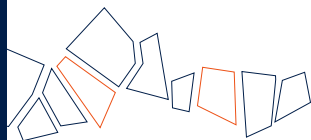
(1) En caso de no conformidad por parte de el/los Delegado/s de Prevención, presentar escrito de alegaciones.

(2) En caso de existir más de un Delegado de Prevención, adjuntar hoja de firmas.

Artículo 10 del Real Decreto 404/2010 de 31 de marzo. Inspección y control.

1. Una vez reciba la información señalada en el artículo 7.2 y, sin perjuicio de dictar la resolución que proceda, la Dirección General de Ordenación de la Seguridad Social pondrá a disposición de la Dirección de la Inspección de Trabajo y Seguridad Social, para su comprobación y efectos procedentes, la información relativa a las empresas solicitantes. Este control se entiende sin perjuicio del control interno que corresponde ejercer a la Intervención General de la Seguridad Social, de conformidad con lo establecido en el artículo 143 de la Ley 47/2003, de 26 de noviembre, General Presupuestaria 2. La falta de veracidad de los datos consignados en la certificación de la empresa a la que se refieren los artículos 2 y 3 conllevará la devolución del incentivo percibido y la exclusión del acceso al mismo por un período igual al último período de observación, así como la exigencia de las responsabilidades administrativas o de otra índole a las que hubiere lugar, para cuya verificación la entidad gestora o la mutua deberá mantener a disposición de los órganos de fiscalización y control competentes toda la documentación e información relativa a las empresas beneficiarias.

En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que, mediante la cumplimentación del presente formulario, sus datos personales quedarán incorporados y serán tratados única y exclusivamente por Activa Mutua 2008, con el fin de poderle prestar y ofrecer nuestros servicios. Asimismo, le informamos de la posibilidad de que ejerza los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos de carácter personal en lopd@activamutua.es o P^o Onze de Setembre, 34 - 25199 - Lleida.

**CERTIFICACIÓN Y AUTODECLARACIÓN DEL EMPRESARIO** (artículo 2.4 del Real Decreto 404/2010, de 31 de marzo y Orden TIN/1448/2010, de 2 de junio)

Nombre empresario / representante empresa		
Razón social	NIF / CIF	CNAE
CCC/s		Núm. solicitud

1. Certificación de la empresa sobre la concurrencia de los requisitos señalados en los párrafos a), e) y g) del artículo 2.1 del Real Decreto 404/2010, de 31 de marzo

Cuestiones	SÍ	NO	No procede	Notas
1.1 ¿Ha realizado la empresa las inversiones a las que se refiere el artículo 2.1a) del RD 404/2010? *Determinación cuantitativa de las inversiones (consignar cifra en columna «Notas».)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.2 ¿Ha sido sancionada la empresa por la comisión de las infracciones que se recogen en el artículo 2.1e) del RD 404/2010? *Sanciones por infracciones muy graves / Sanciones por infracciones graves. *Consignar n.º en columna «Notas».	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> Muy graves <input type="checkbox"/> Graves
1.3 ¿Ha realizado la empresa una, al menos, de las acciones que enumera el artículo 3.1b) del RD 404/2010? *Especificar apartados del artículo 2.1g) del RD404/2010 en la columna «Notas».	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

Certifico la exactitud de los datos anteriores.

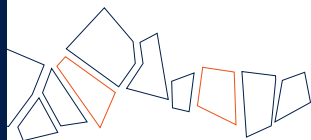
Fdo.: El Empresario o el Administrador o Presidente del Consejo de Administración o el Representante legal de la empresa (consignar nombre y apellidos).

Esta certificación y la autodeclaración que sigue han sido puestas a disposición de los delegados de prevención.

No existen delegados de prevención en la empresa.

Fdo.: El Empresario o el Administrador o Presidente del Consejo de Administración o el Representante legal de la empresa (consignar nombre y apellidos).

Fdo.: El Empresario o el Administrador o Presidente del Consejo de Administración o el Representante legal de la empresa (consignar nombre y apellidos).

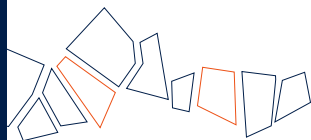
**CERTIFICACIÓN Y AUTODECLARACIÓN DEL EMPRESARIO** (artículo 2.4 del Real Decreto 404/2010, de 31 de marzo y Orden TIN/1448/2010, de 2 de junio)

Nombre empresario / representante empresa		
Razón social	NIF / CIF	CNAE
CCC/s		Núm. solicitud

2. Autodeclaración sobre actividades preventivas y sobre la existencia de representación de los trabajadores en materia de prevención de riesgos laborales (1)

Cuestiones	SÍ	NO	No procede	Notas
2.1 Integración de la prevención, estructura organizativa, responsabilidades y funciones				
2.1.1 ¿Se han asignado responsabilidades y funciones preventivas a toda la cadena de mando de la empresa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.1.2 ¿Se ha nombrado un responsable de prevención con capacidad ejecutiva en la empresa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.1.3 ¿Se ha adoptado una modalidad preventiva? (Señala cuál): <input type="checkbox"/> Empresario. <input type="checkbox"/> Trabajador designado. Identificación: <input type="checkbox"/> Servicio de prevención propio. Identificación: <input type="checkbox"/> Servicio de prevención ajeno. Identificación:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.1.4 ¿Se han designado «recursos preventivos» para las situaciones de especial riesgo que prevé la Ley?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.1.5 ¿Se han definido medios de coordinación de actividades preventivas empresariales?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.2 Procedimientos para la gestión integrada de la prevención				
2.2.1 ¿Se ha definido un procedimiento de información, consulta y participación de los trabajadores en materia preventiva?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.2.2 ¿Se ha definido un procedimiento de coordinación de actividades empresariales en materia preventiva? <i>*Esta respuesta debe ser congruente con la dada al punto 2.1.5</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.3 Evaluación de riesgos y planificación de la actividad preventiva				
2.3.1 ¿Se ha realizado la evaluación inicial de riesgos en todos los puestos de trabajo, teniendo en cuenta las distintas especialidades técnicas? (seguridad, higiene, ergonomía y psicología aplicada).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.3.2 ¿Se revisa o actualiza la evaluación de riesgos de forma periódica o con ocasión de cambios en las condiciones de trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.3.3 ¿Se realizan controles periódicos de las condiciones de trabajo y de la actividad de los trabajadores para detectar situaciones peligrosas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.3.4 ¿Se planifican las actividades necesarias para eliminar/reducir/controlar los riesgos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.3.5 ¿Se designan responsables y se fijan plazos para la ejecución de las actividades planificadas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.3.6 ¿Se realiza un seguimiento continuo de la ejecución de las actividades planificadas y de los resultados obtenidos?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.3.7 ¿Ha sido sometido a auditoría el sistema preventivo y se han subsanado las deficiencias detectadas? Caso de estar excluida de dicha obligación, ¿ha formulado la correspondiente notificación a la autoridad laboral?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

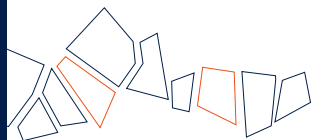
En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que, mediante la cumplimentación del presente formulario, sus datos personales quedarán incorporados y serán tratados única y exclusivamente por Activa Mutua 2008, con el fin de poderle prestar y ofrecer nuestros servicios. Asimismo, le informamos de la posibilidad de que ejerza los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos de carácter personal en lopd@activamutua.es o Pº Onze de Setembre, 34 - 25199 - Lleida.

**CERTIFICACIÓN Y AUTODECLARACIÓN DEL EMPRESARIO** (artículo 2.4 del Real Decreto 404/2010, de 31 de marzo y Orden TIN/1448/2010, de 2 de junio)

Nombre empresario / representante empresa		
Razón social	NIF / CIF	CNAE
CCC/s		Núm. solicitud

Cuestiones	SÍ	NO	No procede	Notas
2.4 Formación e información en materia preventiva				
2.4.1 ¿Se realizan actividades de capacitación para la gestión preventiva dirigidas a la estructura jerárquica de la empresa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.4.2 ¿Se llevan a cabo acciones formativas, tanto de carácter general como específico, dirigidas a toda la plantilla?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.4.3 ¿Se informa sistemáticamente a los trabajadores sobre los riesgos de su puesto de trabajo y las medidas de prevención aplicables?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.5 Vigilancia de la salud				
2.5.1 ¿Se garantiza la vigilancia de la salud a todos los trabajadores de la empresa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.5.2 ¿Se aplican los protocolos médicos específicos para la vigilancia de la salud?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.5.3 ¿Se realizan estudios estadísticos y/o epidemiológicos sobre los daños a la salud registrados?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.6 Acciones preventivas complementarias.				
2.6.1 ¿Se han incorporado a la plantilla recursos preventivos propios o se han ampliado los existentes?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
2.6.2 ¿Se han realizado auditorías externas voluntarias del sistema preventivo de la empresa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
2.6.3 ¿Existen planes de movilidad vial en la empresa?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
2.6.4 ¿Ha disminuido el número de trabajadores expuestos a riesgos de enfermedad profesional en relación con el número total de trabajadores de la empresa o centro de trabajo?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
2.6.5 ¿Cuenta la empresa con certificación de calidad de la organización y funcionamiento del sistema de prevención de riesgos laborales expedida por entidad u organismo acreditado por la ENAC o por otra empresa certificadora?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	
2.7 Acciones preventivas complementarias de las pequeñas empresas (empresas que han agotado el periodo máximo de observación de cuatro ejercicios sin superar el volumen de cotización de 5000€ por contingencias profesionales)				
2.7.1 ¿Se ha asumido por el empresario la actividad preventiva o se han incorporado a la plantilla recursos preventivos propios?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.7.2 ¿Se han realizado inversiones en materia de prevención de riesgos laborales que comporten eliminación o disminución de riesgos? <i>*Determinación cuantitativa de las inversiones (consignar cifra en apartado notas).</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.7.3 ¿Se ha obtenido formación real y efectiva en materia de prevención de riesgos laborales por el empresario o los trabajadores designados que vayan a asumir las tareas preventivas?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

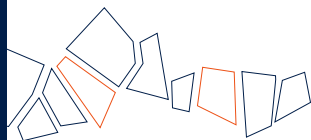
En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que, mediante la cumplimentación del presente formulario, sus datos personales quedarán incorporados y serán tratados única y exclusivamente por Activa Mutua 2008, con el fin de poderle prestar y ofrecer nuestros servicios. Asimismo, le informamos de la posibilidad de que ejerza los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos de carácter personal en lpd@activamutua.es o Pº Onze de Setembre, 34 - 25199 - Lleida.

**CERTIFICACIÓN Y AUTODECLARACIÓN DEL EMPRESARIO** (artículo 2.4 del Real Decreto 404/2010, de 31 de marzo y Orden TIN/1448/2010, de 2 de junio)

Nombre empresario / representante empresa		
Razón social	NIF / CIF	CNAE
CCC/s		Núm. solicitud

Cuestiones	SÍ	NO	No procede	Notas
2.8 Información sobre la existencia de representación de los trabajadores en materia de prevención de riesgos laborales				
2.8.1 ¿Existen en la empresa o centro de trabajo delegados de prevención?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
2.8.2 ¿Existe en la empresa o centro de trabajo comité de seguridad y salud? * Para empresas o centros de trabajo con 50 o más trabajadores.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Certifico la exactitud de los datos recogidos en la presente autodeclaración.				
Fdo.: El Empresario, o el Administrador o Presidente del Consejo de Administración, o el Representante legal de la empresa (consignar nombre y apellidos).				
(1) Se entenderá acreditado el cumplimiento de los requisitos básicos en materia de prevención de riesgos laborales a los que se refieren el artículo 2.1f) y el artículo. 3.1 del Real Decreto 404/2010, de 31 de marzo, cuando proceda la respuesta «Sí» a todas las preguntas de la presente autodeclaración que sean de aplicación a la empresa.				
3. Conformidad de los delegados de prevención con la certificación y autodeclaración anteriores				
3.1 Conformidad de los delegados de prevención con la certificación y autodeclaración anteriores <i>*En caso de disconformidad, indicar en la columna de «Notas» si se acompañan alegaciones (Sí/No).</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N.º de delegados de prevención <i>*Consignar el n.º en ambos casos en la columna «Notas».</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
N.º de delegados de prevención conformes con la certificación y autodeclaración*. <i>*Consignar el n.º en ambos casos en la columna «Notas».</i>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	

En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que, mediante la cumplimentación del presente formulario, sus datos personales quedarán incorporados y serán tratados única y exclusivamente por Activa Mutua 2008, con el fin de poderle prestar y ofrecer nuestros servicios. Asimismo, le informamos de la posibilidad de que ejerza los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos de carácter personal, en lopd@activamutua.es o P^a Onze de Setembre, 34 - 25199 - Lleida.



CERTIFICACIÓN Y AUTODECLARACIÓN DEL EMPRESARIO (artículo 2.4 del Real Decreto 404/2010, de 31 de marzo y Orden TIN/1448/2010, de 2 de junio)

PERSONAS DE CONTACTO PARA LA RESOLUCIÓN DE INCIDENCIAS

Nombre y apellidos	Teléfono
Dirección postal	E-mail

Nº DE CUENTA BANCARIA EN LA QUE SE SOLICITA EL INGRESO DEL INCENTIVO

Titular de la cuenta	NIF
----------------------	-----

Código cuenta corriente

IBAN	Entidad	Sucursal	DC	Número de cuenta

En cumplimiento de lo establecido en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, le informamos que, mediante la cumplimentación del presente formulario, sus datos personales quedarán incorporados y serán tratados única y exclusivamente por Activa Mutua 2008, con el fin de poderle prestar y ofrecer nuestros servicios. Asimismo, le informamos de la posibilidad de que ejerza los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición de sus datos de carácter personal, en lopd@activamutua.es o P^o Onze de Setembre, 34 - 25199 - Lleida.

