

IMPRESO DE COMUNICACIÓN DE CIERRE Y BAJA EN EL REGISTRO DE CENTRO SANITARIO

	GOBIERNO DEL PRINCIPADO DE ASTURIAS	DIRECCIÓN GENERAL DE POLÍTICA SANITARIA SERVICIO DE INSPECCIÓN DE SERVICIOS Y CENTROS SANITARIOS
	CONSEJERÍA DE SANIDAD	

Decreto 55/2014, de 28 de mayo, por el que se regula la autorización de centros y servicios sanitarios.

Comunicación de: Cierre y baja en el Registro.

Datos del Titular

Persona física

Apellidos y Nombre:		N.I.F./N.I.E.:
Teléfonos:	Fax:	Correo electrónico:

Persona jurídica

Razón Social:	N.I.F.:
---------------	---------

Representante legal *(Cumplimentar sólo en caso de existir o en caso de persona jurídica)*

Apellidos y Nombre:		N.I.F./N.I.E.:
Teléfonos:	Fax:	Correo electrónico:

Dirección a efectos de notificación

Calle/Plaza, etc.:	C.P.	Nº	Bloque	Esc.	Piso	Puerta
Localidad:	Municipio:		Provincia:			

Datos del Centro Sanitario

Domicilio del centro o actividad (Calle/Plaza, etc.)		C.P.	Nº	Bloque	Esc.	Piso	Puerta
Nombre Comercial:	Localidad:	Municipio:		Provincia:			
Teléfonos:	Fax:	Correo electrónico:					
Tipo de centro y Nº de Registro Sanitario:							

En, a de de 201...

No autorizo a que el Principado de Asturias recabe la información legalmente pertinente en el marco de colaboración con las Administraciones Públicas. En este caso, deberé aportar los documentos que la Administración me requiera.

El solicitante declara:

- Que son ciertos y completos todos los datos de la presente solicitud, así como toda la documentación que presenta (la falsedad en documento público es un delito, de acuerdo con el artículo 392 del Código Penal).
- Que se compromete a cumplir las condiciones que se especifican en la normativa aplicable, la cual conoce en su integridad.

Firma del titular o de persona con poder de representación
(Las Comunidades de Bienes, firman todos los miembros)