

ANEXO IV.1

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN SANITARIA DE MODIFICACIÓN DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMENTOS SANITARIOS.

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre y apellidos.....
D.N.I.....
Representación jurídica.....
Lugar que se señala a efectos de notificaciones.....

DATOS DEL CENTRO/SERVICIO/ESTABLECIMIENTO

Nombre del Centro.....
Domicilio.....Código postal.....
Teléfono.....Fax.....E-mail.....
Finalidad.....

Titularidad del centro:

Persona física:

Nombre.....
D.N.I.....

Persona jurídica:

Nombre.....
CIF:.....

Fecha de Autorización Sanitaria Previa o de Instalación.....
Fecha de la Autorización Sanitaria de Funcionamiento.....
Número de Registro.....

Fecha _____

Firmado:_____