

### ANEXO VI

Número de Registro:

Ha sido Autorizado por esta Consejería por Orden: núm. \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Denominación del Centro, Servicio o Establecimiento.

Dirección:

Tipo de Centro:

Titularidad del Centro:

Responsable Sanitario:

Oferta asistencial:

\*La publicidad del Centro, Servicio o Establecimiento Sanitario, deberá contener, el número de registro otorgado por la Autoridad Sanitaria

### ANEXO VII

COMUNICACIÓN DE CONSULTA SANITARIA

INSCRIPCIÓN, APERTURA, TRASLADO, MODIFICACIÓN O CIERRE DE CONSULTAS DE PROFESIONES SANITARIAS

Datos del TITULAR DE LA CONSULTA

Apellidos.....Nombre.....

Domicilio.....NIF.....

Datos del RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL

Apellidos.....Nombre.....

Colegiado en.....Número.....NIF.....

ACTIVIDAD

DENOMINACIÓN

Calle.....n.º.....Piso.....

Código Postal.....Teléfono.....FAX.....

TIPO DE ACTIVIDAD

\* Consulta médica

Especialidad.....

\* Otros profesionales sanitarios

Especialidad.....

Equipamiento tecnológico:

CO:.....

Personas que trabajan en la consulta (n.º).....Productor de Residuos Sanitarios: Sí..... NO.....

OBJETO DE LA COMUNICACIÓN

\* Para inscripción (consulta en funcionamiento tras la publicación del Reglamento)

\* Apertura

\* Modificación o traslado