



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° Piso
Código Postal Teléfono Fax

TIPO DE ACTIVIDAD

* Consulta médica

Especialidad

* Otros profesionales sanitarios

Especialidad

Equipamiento tecnológico:

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
- * Cierre

DOCUMENTACIÓN A APORTAR

- * Fotocopia compulsada de la titulación académica y acreditación de la colegiación
- * Relación de instalaciones
- * Número de Registro de instalación de equipo de radiografía dental e intraoral

En Melilla a, de de

Firmado: