



ANEXO V

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN SANITARIA DE CIERRE DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS 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

C.I.F.

Fecha de Autorización Sanitaria Previa o de Instalación

Fecha de la Autorización Sanitaria de Funcionamiento

Número de Registro

*Se deberá aportar el Calendario propuesto para llevar a cabo el cierre del centro, servicio o establecimiento.

En Melilla a, de de

Firmado: