



ANEXO III

**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN SANITARIA DE FUNCIONAMIENTO 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 la Autorización Sanitaria o de Instalación

En Melilla a, de de

Firmado: