



# SOL·LICITUD D'ACTUALITZACIÓ EN EL REGISTRE AUTONÒMIC DE CENTRES, SERVEIS I ESTABLIMENTS SANITARIS DE LA COMUNITAT VALENCIANA

## SOLICITUD DE ACTUALIZACIÓN EN EL REGISTRO AUTONÓMICO DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS DE LA COMUNITAT VALENCIANA

FORMULARI - 5 / FORMULARIO - 5

### A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT / DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI
ADREÇA (CARRER O PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE O PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO

D'acord amb el Decret 157/2014, de 3 d'octubre, del Consell de la Generalitat Valenciana, i amb l'Ordre de 7/2017 de 28 d'agost de 2017, de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, per la qual es desplega el Decret 157/2014, de 3 d'octubre, del Consell, com a:

De conformidad a lo dispuesto en el Decreto 157/2014, de 3 de octubre, del Consell de la Generalitat Valenciana y la Orden 7/2017 de 28 de agosto de 2017, de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, por la que se desarrolla el Decreto 157/2014, de 3 de octubre y siendo:

Títular

Representant del centre / Representante del centro

### B DADES DEL CENTRE, SERVEI O ESTABLIMENT SANITARI / DATOS DEL CENTRO, SERVICIO O ESTABLECIMIENTO SANITARIO

DENOMINACIÓ / DENOMINACIÓN		
ADREÇA (CARRER O PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE O PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)	PROVÍNCIA / PROVINCIA	CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO	TELÈFON / TELÉFONO
TITULAR DEL CENTRE / TITULAR DEL CENTRO		DNI O NIF O CIF DEL TITULAR
NÚMERO DE REGISTRE SANITARI / NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO		

### C DECLARACIÓ RESPONSABLE / DECLARACIÓN RESPONSABLE

El sotassinat fa declaració responsable de que el centre a què es fa referència en l'apartat "B" anterior **manté les condicions que van motivar la seua autorització.**

*El infrascrito hace declaración responsable de que el centro al que se hace referencia en el apartado "B" anterior **mantiene las condiciones que motivaron su autorización***

El sotassinat fa declaració responsable de que el centre a què es fa referència en l'apartat "B" anterior **compleix els requisits establits en l'Ordre 7/2017.**

*El infrascrito hace declaración responsable de que el centro al que se hace referencia en el apartado "B" anterior **cumple los requisitos establecidos en la Orden 7/2017.***

### D SOL·LICITUD / SOLICITUD

Sol·licite que es mantinguen actualitzats les dades de l'esmentat Centre, Servei o Establiment Sanitari en el Registre Autonòmic de Centres, Serveis i Establiments Sanitaris de la Comunitat Valenciana

*Solicito que se mantengan actualizados los datos del mencionado Centro, Servicio o Establecimiento Sanitario en el Registro Autonómico de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de la Comunitat Valenciana*

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_  
El sol·licitant / El solicitante

El signant fa declaració responsable que les dades obrants en la present sol·licitud són fidel reflex del contingut en el centre objecte de sol·licitud, tenint a la disposició de l'administració la documentació que ho acredita.

*El arriba firmante hace declaración responsable de que los datos obrantes en la presente solicitud son fiel reflejo de lo contenido en el centro objeto de solicitud, teniendo a disposición de la administración la documentación que lo acredita.*

Les dades de caràcter personal que conté aquest imprès es poden incloure en un fitxer el tractament del qual gestiona aquest òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, fent ús de les funcions que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. L'informem que pot exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, d'acord amb l'article 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE número 298, de 14.12.1999).

*Los datos de carácter personal que contiene este impreso se pueden incluir en un fichero cuyo tratamiento gestiona este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Se le informa de que puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, de conformidad con el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14.12.1999).*

REGISTRE D'ENTRADA  
REGISTRO DE ENTRADA

DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT  
FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE



**SOL·LICITUD D'ACTUALITZACIÓ EN EL REGISTRE AUTONÒMIC DE CENTRES, SERVEIS I ESTABLIMENTS SANITARIS DE LA COMUNITAT VALENCIANA**

**SOLICITUD DE ACTUALIZACIÓN EN EL REGISTRO AUTONÓMICO DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS DE LA COMUNITAT VALENCIANA**

FORMULARI - 5 / FORMULARIO - 5

**A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT / DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE**

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI
ADREÇA (CARRER O PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE O PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)		CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO

D'acord amb el Decret 157/2014, de 3 d'octubre, del Consell de la Generalitat Valenciana, i amb l'Ordre de 7/2017 de 28 d'agost de 2017, de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública, per la qual es desplega el Decret 157/2014, de 3 d'octubre, del Consell, com a:

De conformidad a lo dispuesto en el Decreto 157/2014, de 3 de octubre, del Consell de la Generalitat Valenciana y la Orden 7/2017 de 28 de agosto de 2017, de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública, por la que se desarrolla el Decreto 157/2014, de 3 de octubre y siendo:

Títular

Representant del centre / Representante del centro

**B DADES DEL CENTRE, SERVEI O ESTABLIMENT SANITARI / DATOS DEL CENTRO, SERVICIO O ESTABLECIMIENTO SANITARIO**

DENOMINACIÓ / DENOMINACIÓN		
ADREÇA (CARRER O PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE O PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)	PROVÍNCIA / PROVINCIA	CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO	TELÈFON / TELÉFONO
TITULAR DEL CENTRE / TITULAR DEL CENTRO		DNI O NIF O CIF DEL TITULAR
NÚMERO DE REGISTRE SANITARI / NÚMERO DE REGISTRO SANITARIO		

**C DECLARACIÓ RESPONSABLE / DECLARACIÓN RESPONSABLE**

El sotassinat fa declaració responsable de que el centre a què es fa referència en l'apartat "B" anterior **manté les condicions que van motivar la seua autorització.**

*El infrascrito hace declaración responsable de que el centro al que se hace referencia en el apartado "B" anterior **mantiene las condiciones que motivaron su autorización***

El sotassinat fa declaració responsable de que el centre a què es fa referència en l'apartat "B" anterior **compleix els requisits establits en l'Ordre 7/2017.**

*El infrascrito hace declaración responsable de que el centro al que se hace referencia en el apartado "B" anterior **cumple los requisitos establecidos en la Orden 7/2017.***

**D SOL·LICITUD / SOLICITUD**

Sol·licite que es mantinguen actualitzats les dades de l'esmentat Centre, Servei o Establiment Sanitari en el Registre Autòmic de Centres, Serveis i Establiments Sanitaris de la Comunitat Valenciana  
*Solicito que se mantengan actualizados los datos del mencionado Centro, Servicio o Establecimiento Sanitario en el Registro Autonómico de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios de la Comunitat Valenciana*

\_\_\_\_\_ , \_\_\_\_ d \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_  
 El sol·licitant / El solicitante

El signant fa declaració responsable que les dades obrants en la present sol·licitud són fidel reflex del contingut en el centre objecte de sol·licitud, tenint a la disposició de l'administració la documentació que ho acredita.

*El arriba firmante hace declaración responsable de que los datos obrantes en la presente solicitud son fiel reflejo de lo contenido en el centro objeto de solicitud, teniendo a disposición de la administración la documentación que lo acredita.*

Les dades de caràcter personal que conté aquest imprès es poden incloure en un fitxer el tractament del qual gestiona aquest òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, fent ús de les funcions que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. L'informem que pot exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, d'acord amb l'article 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE número 298, de 14.12.1999).

*Los datos de carácter personal que contiene este impreso se pueden incluir en un fichero cuyo tratamiento gestiona este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Se le informa de que puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, de conformidad con el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14.12.1999).*

REGISTRE D'ENTRADA  
 REGISTRO DE ENTRADA

DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT  
 FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE

(2/2) EXEMPLAR PER A LA PERSONA INTERESSADA / EJEMPLAR PARA LA PERSONA INTERESADA

CSUSP-DGIIIT

DIN -A4

IA - 19617-01 -E