

A DADES DEL SOL·LICITANT / DATOS DEL SOLICITANTE**ACTUAL TITULAR**

| | | |
|--|--------------|-----------|
| COGNOMS / APELLIDOS | NOM / NOMBRE | DNI / NIF |
| NOM DE LA RAÓ SOCIAL / NOMBRE DE LA RAZÓN SOCIAL | CIF | E-MAIL |

NOU TITULAR / NUEVO TITULAR

| | | |
|--|--------------|-----------|
| COGNOMS / APELLIDOS | NOM / NOMBRE | DNI / NIF |
| NOM DE LA RAÓ SOCIAL / NOMBRE DE LA RAZÓN SOCIAL | CIF | E-MAIL |

B DADES DE L'ESTABLIMENT / DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

| | | | |
|--|---|--------------------|-----|
| EN QUALITAT DE / EN CALIDAD DE <input type="checkbox"/> Representant legal / Representante legal <input type="checkbox"/> Titular | NOM COMERCIAL DE L'ESTABLIMENT / NOMBRE COMERCIAL DEL ESTABLECIMIENTO | | |
| DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA) | | CP | |
| LOCALITAT / LOCALIDAD | PROVÍNCIA / PROVINCIA | TELÈFON / TELÉFONO | FAX |
| ACTIVITAT DESENVOLUPADA / ACTIVIDAD DESARROLLADA <input type="checkbox"/> Fabricació a mida / Fabricación "a medida" <input type="checkbox"/> Venda al públic amb adaptació individualitzada / Venta al público con adaptación individualizada | | | |
| PRODUCTES SANITARIS DEL TIPUS / PRODUCTOS SANITARIOS DEL TIPO <input type="checkbox"/> Ortopodològics / Ortopodológicos <input type="checkbox"/> Ortoprotètics / Ortoprotéticos <input type="checkbox"/> Audioprotètics / Audioprotésicos <input type="checkbox"/> Pròtesis dentals / Prótesis dentales <input type="checkbox"/> Oculars / Oculares | | | |

C AUTORITZACIÓ / AUTORIZACIÓN

D'acord amb el que disposa l'article 5 del Decret 165/2010, de 8 d'octubre, del Consell, pel qual s'establixen mesures de simplificació i de reducció de càrregues administratives en els procediments gestionats per l'Administració de la Generalitat i el seu sector públic (DOCV núm. 6376, de 14.10.2010), done la meua autorització perquè l'òrgan gestor del procediment obtinga directament la comprovació de les meues dades d'identitat (DNI) i, si és el cas, de residència. Si no subscriu esta autorització, la persona interessada estarà obligada a aportar els documents en els termes exigits per les normes reguladores del procediment. De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 5 del Decreto 165/2010, de 8 de octubre, del Consell, por el que se establecen medidas de simplificación y de reducción de cargas administrativas en los procedimientos gestionados por la Administración de la Generalitat y su sector público (DOCV núm. 6376, de 14.10.2010), doy mi autorización para que el órgano gestor del procedimiento obtenga directamente la comprobación de mis datos de identidad (DNI) y, en su caso, de residencia. Caso de no suscribir la correspondiente autorización, la persona interesada estará obligada a aportar los documentos en los términos exigidos por las normas reguladoras del procedimiento.

Autoritze / Autorizo No autoritze / No autorizo

D EXPOSICIÓ / EXPOSICIÓN

Segons el que disposa el Decret 250/2004, de 5 de novembre, del Consell de la Generalitat, d'ordenació de les activitats de fabricació a mida, distribució i venda al públic de productes sanitaris a la Comunitat Valenciana, modificat pel Decret 89/2010, de 21 de maig, del Consell, i si és el cas, l'Orde 8/2010, de 28 de maig, de la Conselleria de Sanitat per la qual es desplega el Decret 250/2004, de 5 de novembre, del Consell de la Generalitat, pel que fa a les condicions mínimes, tècniques i sanitàries, dels establiments de fabricació a mida del producte sanitari pròtesi dental de la Comunitat Valenciana. / A tenor de lo dispuesto en el Decreto 250/2004, de 5 de noviembre, del Consell de la Generalitat, de ordenación de las actividades de fabricación "a medida", distribución y venta al público de productos sanitarios en la Comunidad Valenciana, modificado por el Decreto 89/2010, de 21 de mayo, del Consell, y en su caso, la Orden 8/2010, de 28 de mayo, de la Conselleria de Sanitat por la que se desarrolla el Decreto 250/2004, de 5 de noviembre, del Consell de la Generalitat, en lo referente a las condiciones mínimas, técnicas y sanitarias, de los establecimientos de fabricación a medida del producto sanitario prótesis dental de la Comunitat Valenciana.

E COMUNICACIÓ / COMUNICACIÓN

Ha acordat: l'arrendament / el arrendamiento la venda / la venta el traspàs / el traspaso de l'establiment mencionat a favor del Sr./de la Sra.: del establecimiento mencionado a favor de D./Dña.:

titular/en representació de / titular/en representación de _____

_____, d _____ de _____

La persona sol·licitant (Nou titular) / La persona solicitante (Nuevo titular)

Firma: _____

_____, d _____ de _____
Actual titular

Firma: _____

REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADADATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT
FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE

Les dades de caràcter personal que conté l'imprès podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).

Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).

A DADES DEL SOL·LICITANT / DATOS DEL SOLICITANTE
ACTUAL TITULAR

| | | |
|--|--------------|-----------|
| COGNOMS / APELLIDOS | NOM / NOMBRE | DNI / NIF |
| NOM DE LA RAÓ SOCIAL / NOMBRE DE LA RAZÓN SOCIAL | CIF | E-MAIL |

NOU TITULAR / NUEVO TITULAR

| | | |
|--|--------------|-----------|
| COGNOMS / APELLIDOS | NOM / NOMBRE | DNI / NIF |
| NOM DE LA RAÓ SOCIAL / NOMBRE DE LA RAZÓN SOCIAL | CIF | E-MAIL |

B DADES DE L'ESTABLIMENT / DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

| | | | |
|--|---|--------------------|-----|
| EN QUALITAT DE / EN CALIDAD DE <input type="checkbox"/> Representant legal / Representante legal <input type="checkbox"/> Titular | NOM COMERCIAL DE L'ESTABLIMENT / NOMBRE COMERCIAL DEL ESTABLECIMIENTO | | |
| DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA) | | | CP |
| LOCALITAT / LOCALIDAD | PROVÍNCIA / PROVINCIA | TELÈFON / TELÉFONO | FAX |
| ACTIVITAT DESENVOLUPADA / ACTIVIDAD DESARROLLADA <input type="checkbox"/> Fabricació a mida / Fabricación "a medida" <input type="checkbox"/> Venda al públic amb adaptació individualitzada / Venta al público con adaptación individualizada | | | |
| PRODUCTES SANITARIS DEL TIPUS / PRODUCTOS SANITARIOS DEL TIPO <input type="checkbox"/> Ortopodològics / Ortopodológicos <input type="checkbox"/> Ortoprotètics / Ortoprotésicos <input type="checkbox"/> Audioprotètics / Audioprotésicos <input type="checkbox"/> Pròtesis dentals / Prótesis dentales <input type="checkbox"/> Oculars / Oculares | | | |

C AUTORITZACIÓ / AUTORIZACIÓN

D'acord amb el que disposa l'article 5 del Decret 165/2010, de 8 d'octubre, del Consell, pel qual s'establixen mesures de simplificació i de reducció de càrregues administratives en els procediments gestionats per l'Administració de la Generalitat i el seu sector públic (DOCV núm. 6376, de 14.10.2010), done la meua autorització perquè l'òrgan gestor del procediment obtinga directament la comprovació de les meues dades d'identitat (DNI) i, si és el cas, de residència. Si no subscriu esta autorització, la persona interessada estarà obligada a aportar els documents en els termes exigits per les normes reguladores del procediment. De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 5 del Decreto 165/2010, de 8 de octubre, del Consell, por el que se establecen medidas de simplificación y de reducción de cargas administrativas en los procedimientos gestionados por la Administración de la Generalitat y su sector público (DOCV núm. 6376, de 14.10.2010), doy mi autorización para que el órgano gestor del procedimiento obtenga directamente la comprobación de mis datos de identidad (DNI) y, en su caso, de residencia. Caso de no suscribir la correspondiente autorización, la persona interesada estará obligada a aportar los documentos en los términos exigidos por las normas reguladoras del procedimiento.

Autoritze / Autorizo No autoritze / No autorizo

D EXPOSICIÓ / EXPOSICIÓN

Segons el que disposa el Decret 250/2004, de 5 de novembre, del Consell de la Generalitat, d'ordenació de les activitats de fabricació a mida, distribució i venda al públic de productes sanitaris a la Comunitat Valenciana, modificat pel Decret 89/2010, de 21 de maig, del Consell, i si és el cas, l'Orde 8/2010, de 28 de maig, de la Conselleria de Sanitat per la qual es desplega el Decret 250/2004, de 5 de novembre, del Consell de la Generalitat, pel que fa a les condicions mínimes, tècniques i sanitàries, dels establiments de fabricació a mida del producte sanitari pròtesi dental de la Comunitat Valenciana. / A tenor de lo dispuesto en el Decreto 250/2004, de 5 de noviembre, del Consell de la Generalitat, de ordenación de las actividades de fabricación "a medida", distribución y venta al público de productos sanitarios en la Comunidad Valenciana, modificado por el Decreto 89/2010, de 21 de mayo, del Consell, y en su caso, la Orden 8/2010, de 28 de mayo, de la Conselleria de Sanitat por la que se desarrolla el Decreto 250/2004, de 5 de noviembre, del Consell de la Generalitat, en lo referente a las condiciones mínimas, técnicas y sanitarias, de los establecimientos de fabricación a medida del producto sanitario prótesis dental de la Comunitat Valenciana.

E COMUNICACIÓ / COMUNICACIÓN

Ha acordat: l'arrendament / el arrendamiento la venda / la venta el traspàs / el traspaso de l'establiment mencionat a favor del Sr./de la Sra.: del establecimiento mencionado a favor de D./Dña.:

titular/en representació de / titular/en representación de _____

_____, d _____ de _____

La persona sol·licitant (Nou titular) / La persona solicitante (Nuevo titular)

Firma: _____

_____, d _____ de _____

Actual titular

Firma: _____

REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

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

Les dades de caràcter personal que conté l'imprès podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).
Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).