

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE CLÍNICAS DENTALES PARA IMPLANTE DE PRODUCTOS DERIVADOS DE TEJIDO ÓSEO LIOFILIZADO O DESMINERALIZADO DE ORIGEN HUMANO

NUEVA AUTORIZACIÓN

RENOVACIÓN

MODIFICACIÓN

Real Decreto-Ley 9/2014, de 4 de julio BOE nº 163 de fecha 5 de julio de 2014

1	DATOS DEL CENTRO, SERVICIO O ESTABLECIMIENTO SANITARIO					
DENOMINACIÓN						CIF:
NICA ⁽¹⁾		FECHA AUTORIZACIÓN (2):		DISPONE O HA SOLICITADO U.96:	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> SI NO </div>	
DOMICILIO						
TIPO DE VÍA:	NOMBRE DE LA VÍA:				NÚMERO:	LETRA:
BLOQUE:						
PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:	NÚCLEO POBLACIÓN	PROVINCIA:	CP:
TELÉFONO:	FAX:		CORREO ELECTRÓNICO:			
<small>(1) Número de identificación de I Registro de Centros, Establecimientos y Servicios Sanitarios de Andalucía (2) Fecha de autorización administrativa como Centro Sanitario</small>						

2	DATOS DEL DIRECTOR DEL CENTRO SANITARIO	
NOMBRE Y APELLIDOS:		NIF:
RAZÓN SOCIAL:		CORREO ELECTRÓNICO:

SELECCIONE SI LOS DATOS DE IDENTIFICACIÓN SON LOS MISMOS DEL DIRECTOR DEL CENTRO

3	DATOS DEL RESPONSABLE DEL EQUIPO DE IMPLANTE DE TEJIDO ÓSEO LIOFILIZADO Y/O DESMINERALIZADO DE ORIGEN HUMANO	
NOMBRE Y APELLIDOS:		NIF:
DESIGNACIÓN:	CORREO ELECTRÓNICO:	
TITULACIÓN /ES UNIVERSITARIAS:	FORMACIÓN EN IMPLANTE TEJIDO ÓSEO LIOFILIZADO Y/O DESMINERALIZADO HUMANO:	



4	DOCUMENTACIÓN ADJUNTA
4.1	DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LOS MEDIOS DE LOS QUE DISPONE EL CENTRO PARA REALIZAR LA ACTIVIDAD SOLICITADA Y SU ADECUACIÓN A LO DISPUESTO EN EL RD-LEY 9/2014
4.2	TITULACIÓN UNIVERSITARIA Y FORMACIÓN EN IMPLANTE DE TEJIDO ÓSEO LIOFILIZADO Y/O DESMINERALIZADO HUMANO DEL PERSONAL ESPECIALIZADO ACTUANTE EN LOS EQUIPOS DE IMPLANTE
4.3	CONSENTIMIENTO INFORMADO
4.4	PROTOCOLOS DE ALMACENAMIENTO Y CADUCIDAD A LA ESPERA DEL IMPLANTE
4.5	CERTIFICADO CUMPLIMIENTO DEL REAL DECRETO 1301/2006 SEGÚN MODELO CONFECCIONADO AL EFECTO

5 SOLICITUD, DECLARACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA

El/la abajo firmante DECLARA responsablemente que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, así como en la documentación adjunta y que:

El centro, servicio o establecimiento cumple con los requisitos exigibles en la normativa de aplicación vigente.

Y SOLICITA la concesión de la autorización del centro, servicio o establecimiento con las características detalladas en la presente solicitud

En _____ a _____ de _____ de _____

EL / LA TITULAR O REPRESENTANTE LEGAL

Fdo:

Una vez autorizado el Centro, le rogamos que nos comuniquen los cambios en los datos de contacto a efectos de futuras comunicaciones