

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

SOLICITUD

AUTORIZACIÓN DE CENTROS SANITARIOS COMO BANCO

 AUTORIZACIÓN INICIAL RENOVACIÓN

Decreto 81/1997, de 13 de Marzo (BOJA nº 44, de fecha 15 de Abril de 1997)

 SECTORIAL DE TEJIDOS HUESOS FASCIAS CÓRNEAS CARTÍLAGOS PIEL TENDONES VÁLVULAS CARDÍACAS OTROS (especificar)

1										DATOS DEL CENTRO HOSPITALARIO										
DENOMINACIÓN DEL CENTRO HOSPITALARIO:															N.I.C.A. ⁽¹⁾ :					
DOMICILIO:																				
TIPO DE VÍA:		NOMBRE DE LA VÍA:								NUMERO:		LETRA:		KM. EN LA VÍA:			BLOQUE:		PORTAL:	
ESCALERA:		PLANTA:		PUERTA:		NÚCLEO DE POBLACIÓN:								PROVINCIA:			C. POSTAL:			
TELEFONO:		FAX:				CORREO ELECTRONICO:														

(1) Número de Identificación de Centros de Andalucía.

2										DATOS DEL/DE LA/DE LOS TITULAR/ES Y DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL DEL CENTRO										
APELLIDOS Y NOMBRE DEL/DE LA / DE LOS TITULAR/ES:															NIF.:					
APELLIDOS Y NOMBRE DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL:															NIF.:					
DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN:																				
TIPO DE VÍA:		NOMBRE DE LA VÍA:								NUMERO:		LETRA:		KM. EN LA VÍA:			BLOQUE:		PORTAL:	
ESCALERA:		PLANTA:		PUERTA:		NÚCLEO DE POBLACIÓN:								PROVINCIA:			C. POSTAL:			
TELEFONO:		FAX:				CORREO ELECTRONICO:														

3										DATOS DE LA PERSONA QUE EJERCE LA DIRECCIÓN DEL CENTRO SANITARIO									
PRIMER APELLIDO:					SEGUNDO APELLIDO:					NOMBRE:									
DNI/NIF:					NOMBRE DEL CENTRO:														

4										DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL BANCO									
PRIMER APELLIDO:					SEGUNDO APELLIDO:					NOMBRE:					DNI/NIF:				

5										DOCUMENTACIÓN ADJUNTA									
<input type="checkbox"/> Cualificación profesional de la persona responsable del banco <input type="checkbox"/> Memoria de la actividad: organización y funcionamiento <input type="checkbox"/> Memoria descriptiva de las instalaciones, medios materiales y de personal <input type="checkbox"/> Protocolos <input type="checkbox"/> Titularidad/representación de la persona solicitante																			



0020550

6 SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA

Por lo que SOLICITA le sea reconocida la Autorización del Centro Sanitario como Banco

En a de de

Firma de la persona solicitante (2)

Fdo.:

ILMO/A. SR/A. DIRECTOR/A GENERAL DE CALIDAD, INVESTIGACIÓN, DESARROLLO E INNOVACIÓN

PROTECCIÓN DE DATOS

En cumplimiento de lo dispuesto por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud y Bienestar Social le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan, van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero S.I.C.E.S.S. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la inscripción de todos los centros y establecimientos sanitarios de la Comunidad Autónoma de Andalucía.

De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Dirección General de Calidad, Investigación, Desarrollo e Innovación. Consejería de Salud y Bienestar Social. Avda. de la Innovación, S/N. Edificio Arena 1. 41071 -SEVILLA o Avda. de Hytasa nº 14. 41071 -SEVILLA.

(2) De acuerdo con lo previsto en el artículo 6, apartados 1 y 2 del Decreto 81/1997, de 13 de marzo, la persona solicitante deberá ser o bien la persona titular del centro sanitario donde se ubique el banco o bien la persona que ejerza la dirección de dicho centro sanitario, según el caso.