Nombramiento y aceptación de responsable sanitario del estabalecimiento sanitario

D./Dª.....DNI.....
en representación del establecimiento sanitario.....
con domicilio en .....
Localidad.....……..…… C.P.....

NOMBRA, a D./Dª.....……..……., con DNI.....
y con título de.....,
responsable sanitario del establecimiento antes citado a los efectos previstos en el Decreto Foral 214/1997, de 1 de septiembre, y Real Decreto 591/2009, de 16 de octubre, por el que se regulan los produtos sanitrios y normativa complementaria.

D./Dª.....
ACEPTA EL NOMBRAMIENTO Y DECLARA, que el régimen de prestación de servicios en el establecimientos sanitario es de..... horas semanales de dedicación.

Ambos **SE COMPROMETEN** a comunicar cualquier variación en relación con la situación o identidad del responsable sanitario del centro sanitario.

En a del año

EL REPRESENTANTE DE LA EMPRESA EL RESPONSABLE SANITARIO

Fdo..... Fdo. ……...