

COMUNICACIÓN DE CAMBIO DE TITULARIDAD DE CENTROS SANITARIOS

1. DATOS DEL COMUNICANTE

| | | |
|-----------------------------------|-----------------------|------------------|
| Nombre y apellidos: | | DNI / NIE: |
| En nombre propio: | En representación de: | DNI / NIE / CIF: |
| Domicilio del solicitante: | | C.P.: |
| Localidad: | Teléfonos: 1- 2- | |
| Correo electrónico (obligatorio): | | |

2. DATOS DEL CENTRO SANITARIO

| | |
|--|---------------------|
| Nombre del Centro: | |
| Tipo: Según Anexo I | |
| Oferta asistencial: Según Anexo II | |
| Dirección del centro: | C.P.: |
| Localidad: | Teléfonos: 1- 2- |

3. NUEVA TITULARIDAD

| | |
|--------------------------|------------------|
| Persona física/jurídica: | NIF / NIE / CIF: |
| Domicilio: | C. P.: |
| Localidad: | Teléfono: |

4. DOCUMENTACIÓN ACREDITATIVA DE LA NUEVA TITULARIDAD

4.1. Cuando la nueva titularidad corresponda a una persona física se aportará la siguiente documentación:

a) D.N.I./N.I.E del solicitante.

4.2. Cuando la nueva titularidad corresponda a una persona jurídica se aportará la siguiente documentación:

a) D.N.I./N.I.E del solicitante.

b) Documentación acreditativa de la representación que ostente el solicitante.

c) C.I.F.

d) Documentación acreditativa de la personalidad jurídica del titular (escrituras de constitución de la sociedad anónima, limitada, etc.)

SI NO - Autorizo al Gobierno de Navarra a recabar de otras Administraciones Públicas los datos de DNI y titulación académica necesarios para la tramitación y resolución del expediente

 Si no autoriza expresamente a recabar los datos deberá aportar la documentación acreditativa

Fecha

Firma del solicitante