



**FORMULARIO PARA LA SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN ADMINISTRATIVA
PREVIA PARA LA DIFUSIÓN DE PUBLICIDAD SANITARIA**

DATOS DEL SOLICITANTE			
Apellidos:		Nombre:	
DNI:	Teléfono:		
Razón social:		NIF/CIF:	
DATOS DEL CENTRO SANITARIO OBJETO DE PUBLICIDAD			
Nombre del centro:			
Dirección del centro:			
Localidad:		C.P.:	
Teléfono:		E-mail:	
Nº de autorización y registro del centro:			
Fecha prevista de difusión de publicidad:			
TIPO DE PUBLICIDAD			
1. MATERIAL IMPRESO			
☐ Mensaje en prensa, publrreportaje, guías telefónicas			
☐ Carteles vía pública			
☐ Tarjetas			
☐ Folleto, tríptico, díptico			
☐ Otros			
2. MATERIAL AUDIOVISUAL			
☐ Servicios informáticos (Internet)			
☐ Radio			
☐ Televisión			
☐ DVD, CD-ROM			
☐ Otros:			

MEDIO(S) DONDE SE INSERTARÁ Y MODO DE DIFUSIÓN	
☐ Boletín o revista (especificar):	
☐ Periódico	☐ ☐
☐ Guía telefónica	☐ Páginas amarillas ☐ Páginas blancas
☐ Internet	Dirección página Web:
☐ Radio	Emisora: Horario emisión:
☐ Televisión	Canal o programa:
☐ Buzoneo	
☐ Otros:	

El interesado, en base a los datos declarados, solicita le sea concedida la autorización correspondiente.

Fecha _____

Firma del solicitante

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR
1- Publicidad impresa: se adjuntarán 2 copias del mensaje original 2- Publicidad audiovisual: se adjuntarán 1 copia del original y 2 transcripciones literales de los textos que contienen. 3- Carta de pago