



Sol·licitud d'autorització de centres i serveis sanitaris

Tipus de sol·licitud

☐ Creació

☐ Trasl·lat

☐ Ampliació

☐ Reducció

Dades de la persona sol·licitant

Nom i cognoms

DNI

En qualitat de

Adreça

Municipi

Codi postal

Telèfon

Fax

Adreça electrònica

Dades del centre o servei

Nom comercial

Adreça

Número/escala/pis/porta/...

Codi postal

Municipi

Província

Telèfon 1

Telèfon 2

Fax

Adreça electrònica

Web

Data de l'autorització (no l'empleneu en cas de creació)

Codi oficial del centre (no l'empleneu en cas de creació)

Dades de l'entitat propietària

Denominació

NIF

Domicili social

Municipi

Codi postal

Telèfon

Fax

Adreça electrònica

Web

Dades de l'entitat gestora de l'activitat sanitària

Denominació

NIF

Domicili social

Municipi

Codi postal

Telèfon

Fax

Adreça electrònica

Web

Equips

Equipament convencional

- ☐ Atenció de dia
- ☐ Box observació
- ☐ Box urgències
- ☐ Desfibril·lador automàtic
- ☐ Equip de reanimació
- ☐ Fibroscopis
- ☐ Heliport
- ☐ Incubadores
- ☐ Làser aplicacions estètiques
- ☐ Làser cirurgia refractiva

Quantitat

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

- ☐ Làser amb altres aplicacions
- ☐ Litotriptors
- ☐ Llits aguts
- ☐ Llits penitenciaris
- ☐ Llits salut mental
- ☐ Llits sociosanitaris
- ☐ PADES (Programa d'atenció domiciliària. Equip de suport)
- ☐ Quiròfans
- ☐ Sales de part
- ☐ UFFIS (unitat funcional interdisciplinària sociosanitària)

Quantitat

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

Equipament radiològic

- ☐ Angiògraf
- ☐ Aparells de RX Convencional
- ☐ Densitòmetre ossi
- ☐ Dentals

Quantitat

.....
.....
.....
.....

- ☐ Mamògrafs
- ☐ Ortopantomògrafs
- ☐ Podològic
- ☐ TAC

Quantitat

.....
.....
.....
.....

Equipament de radioteràpia

- ☐ Accelerador de partícules
- ☐ Bomba de cobalt

Quantitat

.....
.....

- ☐ Braquiteràpia
- ☐ Radioteràpia convencional

Quantitat

.....
.....

Equipament de medicina nuclear

- ☐ Gammacàmera

Quantitat

.....

- ☐ Tomògraf per emissió de positrons

Quantitat

.....

Diàlisis funcional

- ☐ Monitors funcionals

Quantitat

.....

- ☐ Monitors peritoneals

Quantitat

.....

Altres aparells de diagnòstic

- ☐ Ecògraf
- ☐ Ecògraf d'alta resolució Doppler

Quantitat

.....
.....

- ☐ Ressonància magnètica
- ☐ Ressonància magnètica no claustrofòbica

Quantitat

.....
.....

Observacions

Signatura de la persona sol·licitant

Sr./Sra.:

en qualitat de:

Data