

A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT / DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		NIF
DOMICILI A L'EFFECTE DE NOTIFICACIONS (CARRER/PLAÇA, NÚM. I PORTA) / DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES (CALLE/PLAZA, Nº Y PUERTA)				CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO	
SI ÉS EL CAS, ASSOCIACIÓ PROFESSIONAL O COL·LEGI OFICIAL A QUÈ PERTANY EN SU CASO, ASOCIACIÓN PROFESIONAL O COLEGIO OFICIAL AL QUE PERTENECE			COM A / EN CALIDAD DE <input type="checkbox"/> Representant legal Representante legal <input type="checkbox"/> Titular	

B DADES DE L'ESTABLIMENT / DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

DENOMINACIÓ DE LA RAÓ SOCIAL / DENOMINACIÓN DE LA RAZÓN SOCIAL		NOM COMERCIAL DE L'ESTABLIMENT NOMBRE COMERCIAL DEL ESTABLECIMIENTO		CIF
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)				CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	FAX	
MAGATZEM (en el seu cas) / ALMACÉN (en su caso)				
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)				CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	FAX	
RESPONSABLE TÈCNIC / RESPONSABLE TÉCNICO				
COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		TITULACIÓ ACADÈMICA / TITULACIÓN ACADÉMICA
PERSONA CONTACTE PER A ACTUACIONS RELACIONADES AMB STMA. DE VIGILÀNCIA / PERSONA CONTACTO PARA ACTUACIONES RELACIONADAS CON STMA. DE VIGILANCIA				
COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		DNI

C DADES DE LA L·LICÈNCIA / DATOS DE LA LICENCIA

FECHA DE EXPEDICIÓ / DATA D'EXPEDICIÓ	AUTORITAT SANITÀRIA QUE LA VA CONCEDIR / AUTORIDAD SANITARIA QUE LA CONCEDIÓ
TIPUS DE PRODUCTES SANITARIS / TIPO DE PRODUCTOS SANITARIOS	
<input type="checkbox"/> Ortopodològics / <input type="checkbox"/> Ortoprotèsics / <input type="checkbox"/> Audioprotèsics / <input type="checkbox"/> Pròtesis Dentals / <input type="checkbox"/> Oculars <input type="checkbox"/> Ortopodológicos / <input type="checkbox"/> Ortoprotésicos / <input type="checkbox"/> Audioprotésicos / <input type="checkbox"/> Prótesis Dentales / <input type="checkbox"/> Oculares	
TIPUS DE PRODUCTES SANITARIS / TIPO DE PRODUCTOS SANITARIOS	
<input type="checkbox"/> Fabricació "a mida" / <input type="checkbox"/> Venda al públic amb adaptació individualitzada <input type="checkbox"/> Fabricación "a medida" / <input type="checkbox"/> Venta al público con adaptación individualizada	

D DECLARACIÓ RESPONSABLE I SOL·LICITUD / DECLARACIÓN RESPONSABLE Y SOLICITUD

Declare que l'establiment del qual sóc titular/representant legal, no ha patit variació respecte a les dades presentades en l'autorització inicial, quant a: plantilla de personal, horari de la persona responsable tècnica, relació dels productes sanitaris que fabrica o ven, activitats subcontractades, titularitat, locals i instal·lacions o nom comercial de l'establiment (en cas contrari, haurà d'actualitzar estes dades al realitzar la sol·licitud de revalidació).

Que en base al que preveu el Decret 250/2004, de 5 de novembre, del Consell de la Generalitat, d'ordenació de les activitats de fabricació "a mida", distribució i venda al públic de productes sanitaris en la Comunitat Valenciana, sol·licita la revalidació de la licència concedida con las características referenciadas

Declaro que el establecimiento del que soy titular/representante legal, no ha sufrido variación respecto a los datos presentados en la autorización inicial, en cuanto a: plantilla de personal, horario de la persona responsable técnica, relación de los productos sanitarios que fabrica o vende, actividades subcontractadas, titularidad, locales e instalaciones o nombre comercial del establecimiento (en caso contrario, deberá actualizar dichos datos al realizar la solicitud de revalidación).

Que en base a lo previsto en el Decreto 250/2004, de 5 de noviembre, del Consell de la Generalitat, de ordenación de las actividades de fabricación "a medida", distribución y venta al público de productos sanitarios en la Comunidad Valenciana, sol·licita la revalidació de la l·licència concedida amb les característiques referenciades

_____, ____ d _____ de _____

Firma: _____

Les dades de caràcter personal que conté l'imprès podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).

Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).

REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT
FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE

A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT / DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		NIF
DOMICILI A L'EFFECTE DE NOTIFICACIONS (CARRER/PLAÇA, NÚM. I PORTA) / DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIONES (CALLE/PLAZA, Nº Y PUERTA)				CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO	
SI ÉS EL CAS, ASSOCIACIÓ PROFESSIONAL O COL·LEGI OFICIAL A QUÈ PERTANY EN SU CASO, ASOCIACIÓN PROFESIONAL O COLEGIO OFICIAL AL QUE PERTENECE			COM A / EN CALIDAD DE <input type="checkbox"/> Representant legal Representante legal <input type="checkbox"/> Titular	

B DADES DE L'ESTABLIMENT / DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

DENOMINACIÓ DE LA RAÓ SOCIAL / DENOMINACIÓN DE LA RAZÓN SOCIAL		NOM COMERCIAL DE L'ESTABLIMENT NOMBRE COMERCIAL DEL ESTABLECIMIENTO		CIF
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)				CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	FAX	
MAGATZEM (en el seu cas) / ALMACÉN (en su caso)				
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)				CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	FAX	
RESPONSABLE TÈCNIC / RESPONSABLE TÉCNICO				
COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		TITULACIÓ ACADÈMICA / TITULACIÓN ACADÉMICA
PERSONA CONTACTE PER A ACTUACIONS RELACIONADES AMB STMA. DE VIGILÀNCIA / PERSONA CONTACTO PARA ACTUACIONES RELACIONADAS CON STMA. DE VIGILANCIA				
COGNOMS / APELLIDOS		NOM / NOMBRE		DNI

C DADES DE LA L·LICÈNCIA / DATOS DE LA LICENCIA

FECHA DE EXPEDICIÓ / DATA D'EXPEDICIÓ	AUTORITAT SANITÀRIA QUE LA VA CONCEDIR / AUTORIDAD SANITARIA QUE LA CONCEDIÓ
TIPUS DE PRODUCTES SANITARIS / TIPO DE PRODUCTOS SANITARIOS	
<input type="checkbox"/> Ortopodològics / <input type="checkbox"/> Ortoprotèsics / <input type="checkbox"/> Audioprotèsics / <input type="checkbox"/> Pròtesis Dentals / <input type="checkbox"/> Oculars <input type="checkbox"/> Ortopodológicos / <input type="checkbox"/> Ortoprotésicos / <input type="checkbox"/> Audioprotésicos / <input type="checkbox"/> Prótesis Dentales / <input type="checkbox"/> Oculares	
TIPUS DE PRODUCTES SANITARIS / TIPO DE PRODUCTOS SANITARIOS	
<input type="checkbox"/> Fabricació "a mida" / <input type="checkbox"/> Venda al públic amb adaptació individualitzada <input type="checkbox"/> Fabricación "a medida" / <input type="checkbox"/> Venta al público con adaptación individualizada	

D DECLARACIÓ RESPONSABLE I SOL·LICITUD / DECLARACIÓN RESPONSABLE Y SOLICITUD

Declare que l'establiment del qual sóc titular/representant legal, no ha patit variació respecte a les dades presentades en l'autorització inicial, quant a: plantilla de personal, horari de la persona responsable tècnica, relació dels productes sanitaris que fabrica o ven, activitats subcontractades, titularitat, locals i instal·lacions o nom comercial de l'establiment (en cas contrari, haurà d'actualitzar estes dades al realitzar la sol·licitud de revalidació).

Que en base al que preveu el Decret 250/2004, de 5 de novembre, del Consell de la Generalitat, d'ordenació de les activitats de fabricació "a mida", distribució i venda al públic de productes sanitaris en la Comunitat Valenciana, sol·licita la revalidació de la licència concedida con las características referenciadas

Declaro que el establecimiento del que soy titular/representante legal, no ha sufrido variación respecto a los datos presentados en la autorización inicial, en cuanto a: plantilla de personal, horario de la persona responsable técnica, relación de los productos sanitarios que fabrica o vende, actividades subcontractadas, titularidad, locales e instalaciones o nombre comercial del establecimiento (en caso contrario, deberá actualizar dichos datos al realizar la solicitud de revalidación).

Que en base a lo previsto en el Decreto 250/2004, de 5 de noviembre, del Consell de la Generalitat, de ordenación de las actividades de fabricación "a medida", distribución y venta al público de productos sanitarios en la Comunidad Valenciana, sol·licita la revalidació de la llicència concedida amb les característiques referenciades

_____ , _____ d _____ de _____

Firma: _____

Les dades de caràcter personal que conté l'imprès podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).

Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).

REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT
FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE

E DOCUMENTACIÓ QUE S'HA D'ADJUNTAR / DOCUMENTACIÓN A ADJUNTAR

- Còpia confrontada o compulsada de la llicència
Copia cotejada o compulsada de la licencia
- Rebut del pagament de la taxa corresponent
Recibo del pago de la tasa correspondiente

F AUTORITZACIÓ / AUTORIZACIÓN

D'acord amb el que disposa l'article 5 del Decret 165/2010, de 8 d'octubre, del Consell, pel qual s'establixen mesures de simplificació i de reducció de càrregues administratives en els procediments gestionats per l'Administració de la Generalitat i el seu sector públic (DOCV núm. 6376, de 14.10.2010), done la meua autorització perquè l'òrgan gestor del procediment obtinga directament la comprovació de les meues dades d'identitat (DNI) i, si és el cas, de residència.

Si no subscriu esta autorització, la persona interessada estarà obligada a aportar els documents en els termes exigits per les normes reguladores del procediment.

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 5 del Decreto 165/2010, de 8 de octubre, del Consell, por el que se establecen medidas de simplificación y de reducción de cargas administrativas en los procedimientos gestionados por la Administración de la Generalitat y su sector público (DOCV núm. 6376, de 14.10.2010), doy mi autorización para que el órgano gestor del procedimiento obtenga directamente la comprobación de mis datos de identidad (DNI) y, en su caso, de residencia.

Caso de no suscribir la correspondiente autorización, la persona interesada estará obligada a aportar los documentos en los términos exigidos por las normas reguladoras del procedimiento.

Autoritze
Autorizo

No autoritze
No autorizo

E DOCUMENTACIÓ QUE S'HA D'ADJUNTAR / DOCUMENTACIÓN A ADJUNTAR

- Còpia confrontada o compulsada de la llicència
Copia cotejada o compulsada de la licencia
- Rebut del pagament de la taxa corresponent
Recibo del pago de la tasa correspondiente

F AUTORITZACIÓ / AUTORIZACIÓN

D'acord amb el que disposa l'article 5 del Decret 165/2010, de 8 d'octubre, del Consell, pel qual s'establixen mesures de simplificació i de reducció de càrregues administratives en els procediments gestionats per l'Administració de la Generalitat i el seu sector públic (DOCV núm. 6376, de 14.10.2010), done la meua autorització perquè l'òrgan gestor del procediment obtinga directament la comprovació de les meues dades d'identitat (DNI) i, si és el cas, de residència.

Si no subscriu esta autorització, la persona interessada estarà obligada a aportar els documents en els termes exigits per les normes reguladores del procediment.

De acuerdo con lo dispuesto en el artículo 5 del Decreto 165/2010, de 8 de octubre, del Consell, por el que se establecen medidas de simplificación y de reducción de cargas administrativas en los procedimientos gestionados por la Administración de la Generalitat y su sector público (DOCV núm. 6376, de 14.10.2010), doy mi autorización para que el órgano gestor del procedimiento obtenga directamente la comprobación de mis datos de identidad (DNI) y, en su caso, de residencia.

Caso de no suscribir la correspondiente autorización, la persona interesada estará obligada a aportar los documentos en los términos exigidos por las normas reguladoras del procedimiento.

Autoritze
Autorizo

No autoritze
No autorizo