

**DIRECTOR TÉCNICO o RESPONSABLE MÁXIMO SANITARIO
NOMBRAMIENTO/ACEPTACIÓN.**

D.....
con D.N.I., y domicilio a efectos de notificaciones en
....., actuando
en nombre propio/ como propietario, o como responsable de la Sociedad
....., con C.I.F.....
como titular del Centro, Servicio y Establecimiento Sanitario
.....,
sito en, por la presente,
NOMBRO COMO DIRECTOR TÉCNICO Y MÁXIMO RESPONSABLE SANITARIO,
de dicho Centro/ Servicio o Establecimiento Sanitario a
D....., colegiado nº....., con
D.N.I.....

Murcia a.....de.....de 201

Fdo.:

D....., colegiado nº....., con
D.N.I....., por la presente ACEPTO EL NOMBRAMIENTO DE DIRECTOR
TÉCNICO O RESPONSABLE MÁXIMO SANITARIO del Centro/ Servicio/
Establecimiento Sanitario arriba indicado.

Murcia a.....de.....de 201

Fdo.:

EXCMA. SRA. CONSEJERA DE SANIDAD

Los datos de carácter personal recogidos en este documento se van a integrar en el fichero RES con la exclusiva finalidad de gestionar las autorizaciones correspondientes. El responsable de este fichero es la DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN, INVESTIGACIÓN, FARMACIA Y ATENCIÓN AL CIUDADANO, ante cuyo titular puede el interesado ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición o cancelación de datos mediante escrito dirigido al Servicio de Ordenación, Acreditación Sanitaria y Calidad Asistencial, en C/ Pinares 6, 1º, 30001 Murcia, en los términos y con los requisitos establecidos en el artículo 15 y siguientes de la Ley orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter-personal.

Los datos de carácter personal que recoge este documento se cederán a organismos públicos y a los ciudadanos interesados, a los exclusivos efectos de información en los términos y con los requisitos establecidos en la citada Ley orgánica de protección de datos.