

DIRECTOR TÉCNICO o RESPONSABLE MÁXIMO SANITARIO

D. con
D.N.I., y domicilio a efectos de notificaciones en
.....,
actuando en nombre propio como propietario, o como representante de la
Sociedad.....C.I.F.....,
como titular del Centro, Servicio y Establecimiento
Sanitario....., sito en
....., por la presente
COMUNICO QUE SOY EL DIRECTOR TÉCNICO Y MÁXIMO RESPONSABLE
SANITARIO DEL CENTRO, SERVICIO O ESTABLECIMIENTO SANITARIO.

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

Fdo.:

ÍEXCMA. 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 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.