

COMUNICACIÓN DE DESISTIMIENTO DE SOLICITUD AUTORIZACIÓN

DATOS DEL CENTRO

☐ CONSULTA PROFESIONAL

☐ CENTRO SANITARIO

Nombre del centro / consulta del que se solicitó autorización

Domicilio

Localidad

Provincia

Código Postal

DATOS DEL SOLICITANTE

Nombre y Apellidos

Domicilio

D.N.I

Localidad

Provincia

C.P.

Correo electrónico de contacto

Teléfono de contacto

Representación Jurídica que ostenta (persona física o cargo de representación)

PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DEL QUE SE DESEA DESISTIR

- Fecha de registro de la solicitud:
- Procedimiento de solicitud sobre el que se desea desistir y breve exposición de motivos

Fecha y firma:

SR./SRA. DIRECTOR/A DEL SERVICIO PROVINCIAL DE SANIDAD DE _____