

**COMUNICACIÓN DE DESISTIMIENTO DE SOLICITUD AUTORIZACIÓN**

<b>DATOS DEL CENTRO</b>		
<input type="checkbox"/> CONSULTA PROFESIONAL	<input type="checkbox"/> CENTRO SANITARIO	
Nombre del centro / consulta del que se solicitó autorización		
Domicilio		Localidad
Provincia	Código Postal	
<b>DATOS DEL SOLICITANTE</b>		
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)		
<b>PROCEDIMIENTO DE SOLICITUD DEL QUE SE DESEA DESISTIR</b>		
<ul style="list-style-type: none"><li>• Fecha de registro de la solicitud:</li><li>• Procedimiento de solicitud sobre el que se desea desistir y breve exposición de motivos</li></ul>		

Fecha y firma:

SR./SRA. DIRECTOR/A DEL SERVICIO PROVINCIAL DE SANIDAD DE \_\_\_\_\_