

COMUNICACIÓN DE CIERRE DE CENTRO SANITARIO

DATOS DEL CENTRO		
<input type="checkbox"/> CONSULTA PROFESIONAL	<input type="checkbox"/> CENTRO SANITARIO	
Nombre del centro / consulta		
Domicilio		Localidad
Provincia	Código Postal	
DATOS DEL PROFESIONAL o RESPONSABLE DEL CENTRO		
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)		
SISTEMA DE CUSTODIA DE HISTORIAS CLÍNICAS ADOPTADO		
<ul style="list-style-type: none">• Sistema de custodia de la documentación clínica (en soporte papel e informático) durante el plazo mínimo de 5 años estipulado por la legislación vigente. • Nombre de la persona responsable de dicha custodia:		
DOCUMENTACIÓN ACREDITATIVA DE LA BAJA EN INDUSTRIA DE LOS APARATOS DE Rx EN CASO DE QUE EL CENTRO DISPUSIERA DE ELLOS		
<ul style="list-style-type: none">• Certificación de la clausura de la instalación en el Registro de Instalaciones de Rayos X con fines de diagnóstico médico del Departamento competente en materia de Industria del Gobierno de Aragón.		

Fecha y firma:

SR. DIRECTOR DEL SERVICIO PROVINCIAL DE SANIDAD DE ZARAGOZA