

SENYOR DIRECTOR GENERAL DE RECURSOS SANITARIS,

En/Na qui subscriu, _____, major d'edat, que viu a _____ comarca de _____, carrer de _____ núm. _____, pis _____ porta _____ telèfon _____, amb el DNI núm _____, respectuosament,

EXPOSA

Primer

Actua segons s'expressa a la lletra següent:

A/ En nom propi

B/ En nom de l'entitat mercantil _____ que té la seva seu social a _____ carrer de _____ constituïda en escriptura pública el _____ de _____ de _____ (segons fotocòpia que s'annexa com a doc. núm. 1), de la qual ocupa el càrrec de _____ (segons es desprèn del doc. núm. _____ que s'annexa).

C/ Com a apoderat de _____, major d'edat, que viu a _____, comarca de _____, carrer de _____, núm. _____, pis _____ porta _____ telèfon _____, amb el DNI núm. _____ (segons escriptura de poders notariais que s'annexa com a doc. num _____).

D/ Altres supòsits:

Segon

En/Na _____ és propietari, arrendatari, _____ del local, situat a _____, comarca de _____, carrer de _____, núm. _____, pis _____ porta _____ telèfon _____ (segons el contracte de _____ que s'annexa en fotocòpia com a doc. núm. _).

Tercer

A l'esmenat local s'hi ha instal·lat una clínica dental, amb el nom de _____ la qual sol·licita que sigui inscrita en el Registre de Clíniques Dentals del Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya i, per donar compliment del que disposa la normativa vigent, aporta la següent documentació:

- Els documents núm. _____ abans esmenats.

B/ Plànol de descripció del local, amb la identificació de les àrees de "recepció i sala d'espera de pacients", " àrea de consulta i tractament odontològic" i "àrea de servei".

Ambdós plànols hauran d'estar signats per tècnics i visats pel Col.legi de _____ de _____

- Relació de la plantilla del personal que hi prestarà serveis, amb menció expressa de qui serà el Professional "responsable sanitari" i signada per les dites persones.
- Còpia del títol de cadascun del/s metge/s estomatòleg/s odontòleg/s que sésmenten a l'apartat anterior i certificats de la seva col.legiació en el COEC.
- Relació de l'utilitatge i béns d'equip i activitat.
- A/Instància de sol.licitud de la legalització dels aparells de raigs X.
B/Autorització de la posada en marxa de _____ (núm.) aparells de raigs X.
- Instància de sol.licitud de la gestió dels residus sanitaris.

Quart

A l'esmentada clínica dental hi ha instal·lats els següents rètols, plaques o cartells:

- SI NO 1. A la porta d'entrada de l'inmoble: un rètol amb la denominació de "Clínica Dental" o "Consultori Dental", amb el nom i els cognoms del "responsable Sanitari" i de tots els metges estomatòlegs i odontòlegs que hi exerceixin (superfície no superior a 500 cm²).
- SI NO 2. A la porta d'entrada del local: una placa (superfície no superior a 500 cm²), amb la denominació de "Clínica Dental".
- SI NO 3. A la façana: Un rètol de superfície no superior a 2.500 cm², si està situat a la planta baixa o a l'entresòl; ni que sobrepassi 500 cm² per cada pis superior, amb la inscripció de "Clínica Dental" o "Consultori Dental".

Cinquè

Als efectes de la sol.licitud que s'efectua, cita:

1. El Reial Decret 1594/1995 del 15.07.94 del Ministeri de Sanitat i Consum que desenvolupa la Llei IO/86 del 17 de març..
2. L'Ordre, de 21.07.1994, del Departament de Sanitat i Seguretat Social de la Generalitat de Catalunya sobre Registres de Clíniques Dentals.
3. L'Ordre de 15/10/1985, del Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya sobre els Estatuts col.legiats.

Per això us

DEMANA

Que li sigui admès aquest escrit, junt amb els documents que s'hi adjunten; ordeneu la verificació del compliment dels requisits que estableix l'esmentada normativa, i, previ els tràmits de rigor, autoritzeu la inscripció d'aquesta Clínica Dental en el Registre corresponent, amb la notificació expressa a qui la subscriu.

Barcelona, _____ d' _____ de _____

Signat, Dr.