ANEXO I

FORMULARIO DE ALTA, BAJA O MODIFICACIÓN DE UN CENTRO SANITARIO Y SUS USUARIOS AUTORIZADOS

**DATOS DEL CENTRO SANITARIO**

Si solamente desea solicitar el alta de nuevo personal autorizado, consigne igualmente los datos de la entidad para poder darle los permisos adecuados.

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre del Centro: |  |
| Código del Catálogo Nacional de Hospitales: |  |
| Domicilio: |  |
| Localidad: |  |
| Provincia: |  |

*Nota: Todos los campos son obligatorios*

**DATOS DEL REPRESENTANTE DEL CENTRO SANITARIO QUE HACE LA SOLICITUD**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre: |  |
| Apellido 1: |  |
| Apellido 2: |  |
| Documento identificativo (NIF/NIE): |  |
| Correo electrónico: |  |
| Teléfono: |  |

*Nota: Todos los campos son obligatorios*

**DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN**

|  |  |
| --- | --- |
| Nombre / Razón social: |  |
| Apellido 1: |  |
| Apellido 2: |  |
| Documento identificativo (CIF/NIF/NIE): |  |
| Correo electrónico: |  |
| Domicilio: |  |
| Código Postal: |  |
| Localidad: |  |
| Provincia: |  |

**DATOS DE LAS OFICINAS DE ATENCIÓN AL PACIENTE**

A continuación, introduzca los datos de las oficinas del Centro Sanitario en las que se realizarán las solicitudes de inscripción de nacimiento en el Registro Civil (rellene tantas como oficinas como lugares de atención al paciente, desde el que se vayan a hacer comunicaciones al registro Civil, haya en su hospital). Cada una de estas oficinas tendrá asignados uno o varios responsables o personas autorizadas y cada uno de estos responsables podrá serlo de varias oficinas distintas.

*Añadir solo aquellas oficinas que se den de alta en el sistema. Si ya existen, dejar en blanco este apartado.*

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datos de la oficina 1 (*Rellenar únicamente si son distintos de los del Centro Sanitario*) | Nombre de la oficina: |  |
| Dirección: |  |
| Localidad: |  |
| Provincia: |  |
| Datos de la oficina 2 (*Rellenar únicamente si son distintos de los del Centro Sanitario*) | Nombre de la oficina: |  |
| Dirección: |  |
| Localidad: |  |
| Provincia: |  |
| Datos de la oficina 3 (*Rellenar únicamente si son distintos de los del Centro Sanitario*) | Nombre de la oficina: |  |
| Dirección: |  |
| Localidad: |  |
| Provincia: |  |

**DATOS DE LOS RESPONSABLES DE LAS OFICINAS DE ATENCIÓN AL PACIENTE PARA LA GESTIÓN DE USUARIOS ADMINISTRATIVOS**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Datos de la persona autorizada 1 | Oficinas de su responsabilidad: |  |
| Movimiento: Alta, Baja o Modificación de datos. |  |
| Nombre: |  |
| Apellido 1: |  |
| Apellido 2: |  |
| Documento identificativo (NIF/NIE): |  |
| Correo electrónico: |  |
| Teléfono: |  |
| Datos de la persona autorizada 2 | Oficinas de su responsabilidad: |  |
| Movimiento: Alta, Baja o Modificación de datos. |  |
| Nombre: |  |
| Apellido 1: |  |
| Apellido 2: |  |
| Documento identificativo (NIF/NIE): |  |
| Correo electrónico: |  |
| Teléfono: |  |
| Datos de la persona autorizada 3 | Oficinas de su responsabilidad: |  |
| Movimiento: Alta, Baja o Modificación de datos. |  |
| Nombre: |  |
| Apellido 1: |  |
| Apellido 2: |  |
| Documento identificativo (NIF/NIE): |  |
| Correo electrónico: |  |
| Teléfono: |  |
| Datos de la persona autorizada 4 | Oficinas de su responsabilidad: |  |
| Movimiento: Alta, Baja o Modificación de datos. |  |
| Nombre: |  |
| Apellido 1: |  |
| Apellido 2: |  |
| Documento identificativo (NIF/NIE): |  |
| Correo electrónico: |  |
| Teléfono: |  |

**En \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_**

**Firma:**