**MEMORIA FINAL DE LA ACTIVIDAD DECLARADA DE INTERÉS SANITARIO O SOCIOSANITARIO PARA EL PROCEDIMIENTO 040020, CON SIACI SIHP**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA ENTIDAD SOLICITANTE** | | | | | | | | | | | | |
| **Son obligatorios los campos: número de documento y razón social** | | | | | | | | | | | | |
| Persona jurídica  Número de documento: | | | | | | Haga clic aquí para escribir texto. | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Razón social: | | | Haga clic aquí para escribir texto. | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: | | Haga clic aquí para escribir texto. | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Población: | Haga clic aquí para escribir texto. | | | | C.P.: | | Haga clic. | | Provincia: | Haga clic aquí. | |  |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: | Haga clic aquí. | | | Teléfono móvil: | Haga clic aquí. | | | Correo electrónico: | | | Haga clic aquí. |  |
| **El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el aviso de notificación**. | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| NIF  NIE  Número de documento: | | | | | | | | Haga clic aquí para escribir texto. | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: | | Haga clic aquí. | | | 1º Apellido: | | Haga clic aquí. | | | | 2º Apellido: | | Haga clic aquí. |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: | | | Haga clic aquí para escribir texto. | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Población: | | Haga clic aquí. | | | | C.P.: | Haga clic aquí. | | | Provincia: | | Haga clic aquí. | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: | Haga clic aquí. | | | Teléfono móvil: | | Haga clic aquí. | | | Correo electrónico: | | | | Haga clic aquí. |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.** | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA ACTIVIDAD** | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| Nº de Expediente: | |  | Fecha: | Haga clic aquí. | Lugar: | Haga clic aquí. |  |
|  | | | | | | | |
| Título: | Haga clic aquí para escribir texto. | | | | | |  |
|  | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

|  |
| --- |
| Personas asistentes:  Programa desarrollado:  Conclusiones:  Breve memoria económica:  Evaluación: |

Firma

En Haga clic aquí. a Haga clic aquí. de Haga clic aquí. de Haga clic aquí.

**INSTITUTO DE CIENCIAS DE LA SALUD DE CASTILLA-LA MANCHA**

DIR 3:A08014321.