|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Si elige persona física son obligatorios los campos: tipo y número de documento, nombre y primer apellido** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Persona física:  NIF: | | | | Pasaporte/NIE: | | | | | | | Número de documento | | | | |  | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | | | | 1º Apellido: | | | |  | | | | | | | 2º Apellido: | | |  | |  |
| Hombre  Mujer  **Si elige persona jurídica son obligatorios los campos: número de documento y razón social** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Persona jurídica | | | | | | | | Número de documento: | | | | |  | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Razón social: | |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: |  | | | |  | C.P.: | | |  | | | | |  | Población: | | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: |  | |  | Teléfono móvil: | | | | | | | |  | | Correo electrónico: | | | | |  | |  | |
|  | | | | | | |  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **El correo electrónico designado será el medio por el que recibirá el aviso de notificación** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE** | | | | | | | |
| NIF  Pasaporte/NIE | | | | Número de documento: | | | |
| Nombre: | | 1º Apellido: | | | | 2º Apellido | |
| Hombre  Mujer | | | | | | | |
| Domicilio: | | | | | | | |
| Provincia: | | | C.P.: | | | | Población: |
| Teléfono: | Teléfono móvil: | | | | Correo electrónico: | | |

**Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el/la representante designado/a por la persona interesada.**

|  |
| --- |
| **MEDIO POR EL QUE SE DESEA RECIBIR LA NOTIFICACIÓN** |
| Correo postal *(Podrán elegir esta opción las personas que NO estén obligadas a la notificación electrónica, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas).*  Notificación electrónica *(Si elige o está obligada/o a la notificación electrónica compruebe que está usted registrada/o en la Plataforma* [*https://notifica.jccm.es/notifica*](https://notifica.jccm.es/notifica) *y que sus datos son correctos).* |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** | |
| **Responsable** | Dirección General de Salud Pública |
| **Finalidad** | Gestión de solicitudes de arbitraje de consumo |
| **Legitimación** | 6.1.c) Cumplimiento de una obligación legal del Reglamento General de Protección de Datos.  Ley 60/2003, de 23 de diciembre, de Arbitraje; Real Decreto 713/2024, de 23 de Julio, por el que se aprueba el Reglamento que regula el Sistema Arbitral de Consumo |
| **Destinatarios/as** | Existe cesión de datos |
| **Derechos** | Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional. |
| **Información adicional** | Disponible en la dirección electrónica: [**https://rat.castillalamancha.es/info/0704**](https://rat.castillalamancha.es/info/0704) |

|  |
| --- |
| **DECLARACIONES RESPONSABLES** |
| La persona que firma el documento declara:  1º Que desarrolla su actividad en       (indicar el municipio, mancomunidad y en tales casos, la provincia a la que pertenezca el municipio o mancomunidad), provincia o Comunidad en la que desarrolla su actividad empresarial o profesional.  2º Que mediante la firma de este documento formula oferta pública unilateral de adhesión al Sistema Arbitral de Consumo de acuerdo con el Real Decreto 713/2024, de 23 de julio, por el que se aprueba el Reglamento que regula el Sistema Arbitral de consumo  3º Que conoce la regulación del sistema arbitral de consumo, y acepta que los conflictos que puedan surgir con las personas consumidoras, sean resueltos a través del procedimiento previsto en dicha norma, por la Junta Arbitral de consumo competente.  4º Que, con este compromiso de adhesión al sistema arbitral de consumo, acepta que el arbitraje sea resuelto:  En equidad  En derecho  En el caso de que no se cumplimente una o alguna de las opciones anteriores, se entenderá respectivamente, que realiza su oferta pública de adhesión al arbitraje en equidad y por tiempo indefinido  5º Que conoce que esta oferta pública de adhesión tiene carácter indefinido, salvo denuncia de la misma. La denuncia tendrá efectos transcurridos un mes desde su comunicación a la Junta Arbitral de Consumo de Castilla-La Mancha.  6º Que autorizo a las Junta Arbitrales de consumo la cesión de datos de carácter personal incluidos en esta Oferta Pública De Adhesión que sean necesarios a efectos de publicidad y divulgación de la adhesión, así como la cesión a las Juntas arbitrales de consumo, a los interesados legítimos y a cuentos intervengan en el procedimiento arbitral |

|  |
| --- |
| **ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS** |
| **Declaraciones responsables:**  La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada, declara que todos los datos consignados son veraces, declarando expresamente que:  Son ciertos los datos consignados en la presente solicitud comprometiéndose a probar documentalmente los mismos, cuando se le requiera para ello.  **Autorizaciones:**  Con la presentación de esta solicitud, y de acuerdo con el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, la Consejería podrá consultar o recabar documentos elaborados por cualquier Administración salvo que conste en el procedimiento su oposición expresa.  En particular, se recabarán los siguientes datos, salvo que marque expresamente:  Me opongo a la consulta de datos de identidad  Me opongo a la consulta de datos de residencia a través del Sistema de Verificación y Consulta de Datos.  Asimismo, podrá indicar los documentos aportados anteriormente ante cualquier Administración señalando la fecha de presentación y unidad administrativa, y serán consultados por la Consejería.  - Documento      , presentado con fecha       ante la unidad       de la Administración de  - Documento      , presentado con fecha       ante la unidad       de la Administración de  - Documento      , presentado con fecha       ante la unidad       de la Administración de  *En el caso de que se haya opuesto en alguna de las opciones anteriores, deben aportar los datos y documentos requeridos para la resolución del presente procedimiento*.  **Documentación:** Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos:  En caso de persona física (solicitante o representante), copia del documento de identidad (sólo en el caso de que se oponga a su consulta).  Copia del NIF (en el caso de persona jurídica)  En el caso de persona representante, documento válido en derecho que acredite las facultades de representación de la persona representante |

En       a       de       de

LA PERSONA SOLICITANTE O REPRESENTANTE LEGAL

ORGANISMO DESTINATARIO: Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad

CODIGO DIR3: A08027181

Fdo.: