|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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, y en su caso de pago** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |  | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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 231/2008, de 15 de febrero, por el que se 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) |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA SOLICITUD** |
| Mediante la firma de este documento formula oferta pública unilateral de adhesión al Sistema Arbitral de Consumo regulado en el Real Decreto 231/2008, de 15 de febrero.  A tal efecto, desarrolla su actividad en       (indicar el municipio, mancomunidad –señalando en tales casos, la provincia o la que pertenezca el municipio o mancomunidad -, o, en caso de desarrollar su actividad en un ámbito superior, la provincia o Comunidad en la que se desarrolla su actividad empresarial o profesional. Si desarrolla su actividad en más de una Comunidad autónoma, indicar “ámbito supra autonómico” o “ámbito nacional”).  Teniendo en cuenta el ámbito territorial de su actividad, su adhesión al Sistema Arbitral de Consumo se produce a través de la Juntas Arbitrales de Consumo constituidas o que puedan constituirse en dicho ámbito territorial de actividad.  Este compromiso de adhesión al Sistema Arbitral de Consumo se formula optando por:  -Que el arbitraje sea resuelto  En equidad  En derecho  -Que, con carácter previo al conocimiento del conflicto por los árbitros/as  se intente la mediación  no se intente la mediación.  -Que esta oferta pública de adhesión:  tenga carácter indefinido, salvo denuncia de la oferta con       meses de antelación.  se realiza por el período de       (no inferior a 1 año) prorrogable por  En el caso de que no cumplimente una o alguna de las opciones anteriores, se entenderá respectivamente, que realiza su oferta pública de adhesión al arbitraje en equidad, por tiempo indefinido y con aceptación de la mediación previa. |

|  |
| --- |
| **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:  - Conoce la regulación del Sistema Arbitral de Consumo, recogida en el Real Decreto 231/2008, de 15 de febrero, y  acepta que los conflictos que puedan surgir con sus consumidores/as sean resueltos a través del procedimiento previsto  en el artículo 8 del citado Real Decreto.   * Que autoriza a las Juntas Arbitrales de Consumo la cesión de los 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, de las Juntas Arbitrales de Consumo, a las personas interesadas legítimas y a cuantas intervengan en el procedimiento arbitral     Son ciertos los datos consignados en la presente solicitud comprometiéndose a probar documentalmente los mismos, cuando se le requiera para ello.  Igualmente, la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.  **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.: