**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.