

**HOJA DE COMUNICACIÓN**  
**PARA INSCRIPCIÓN, APERTURA, TRASLADO, MODIFICACION Y CIERRE**  
**de CONSULTAS de Profesionales Sanitarios**

Artículo 5º del Decreto 93/1999, de 29 de abril.

Datos del **TITULAR** de la CONSULTA:

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
Colegiado en \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ N.I.F.: \_\_\_\_\_

Datos del **RESPONSABLE** de la ACTIVIDAD ASISTENCIAL de la CONSULTA:

Apellidos: \_\_\_\_\_ Nombre: \_\_\_\_\_  
Colegiado en \_\_\_\_\_ N° \_\_\_\_\_ N.I.F.: \_\_\_\_\_

**CONSULTA**

**DENOMINACION:** \_\_\_\_\_

**Domicilio:**

Calle: \_\_\_\_\_

Bloque: \_\_\_\_\_ Portal nº \_\_\_\_\_ Piso \_\_\_\_\_ Letra/Mano \_\_\_\_\_

Municipio: \_\_\_\_\_

Provincia: \_\_\_\_\_ Cód. Postal: \_\_\_\_\_

Tfno. (9 cifras) \_\_\_\_\_ Fax (9 cifras) \_\_\_\_\_

**TIPO DE CONSULTA:**

1. Consulta médica: si  no   
Especialidad: \_\_\_\_\_

2. Otros profesionales sanitarios: si  no   
Especialidad \_\_\_\_\_

**Equipamiento tecnológico:** \_\_\_\_\_

**Personas que trabajan en la consulta:** \_\_\_\_\_

**Productor de Residuos Sanitarios (Grupos III-IV):** si  no

**Tipo de comunicación:**

- Para inscripción (consulta en funcionamiento en el momento de la publicación del Decreto)
- Apertura
- Modificación o traslado
- Cierre

**Documentación que debe acompañar:**

- Fotocopia compulsada de la Titulación Académica
- Relación de instalaciones y equipamiento tecnológico
- Número de registro de instalación de equipo de radiografía dental e intraoral (art. 9 del R.D. 1891/1991, de 30 de diciembre).

(Firma)