SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE CENTROS DEL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE VETERINARIOS DE ALICANTE

☐ CONSULTORIO ☐ CLÍNICA ☐ HOSPITAL ☐ CENTRO DE REFERENCIA

Nombre del centro: _____

Razón social: _____ C.I.F. _____

(EN CASO DE QUE LA RAZÓN SOCIAL SEA UNA SOCIEDAD, DEBERÁ SER SOCIEDAD PROFESIONAL)

Sito en _____C.P. _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono: _____ móvil: _____ fax: _____

E-mail: _____ Horario: _____

Servicios: _____

(Servicio de urgencias, servicio 24 horas, servicio a domicilio, servicio de ambulancia)

Otros servicios: _____

(Peluquería, tienda de alimentos y accesorios de animales)

Titular o titulares del centro:

_____ nº. col. _____

_____ nº. col. _____

_____ nº. col. _____

_____ nº. col. _____

Director Facultativo:

_____ nº. col. _____

_____ nº. col. _____

_____ nº. col. _____

_____ nº. col. _____

Veterinarios adscritos:

_____ nº. col. _____

_____ nº. col. _____

_____ nº. col. _____

_____ nº. col. _____

_____ nº. col. _____

_____ nº. col. _____

_____ nº. col. _____

Infraestructura y servicios:

	SI	NO
Agua potable fría y caliente	☐	☐
Aseos y lavabo	☐	☐
Sala de recepción o espera	☐	☐
Sala de consulta (especificar nº. en caso de hospital) nº._____	☐	☐
Material médico-quirúrgico	☐	☐
Equipo para esterilización del material	☐	☐
Frigorífico	☐	☐
Microscopio	☐	☐
Termómetro	☐	☐
Fonendoscopio	☐	☐
Ambú y traqueotubos	☐	☐
Lector de microchip	☐	☐
Prequirófano	☐	☐
Quirófano (con gases medicinales y monitorización anestésica adecuada)	☐	☐
Instalación radiológica legalizada propia	☐	☐
Instalación radiológica concertada	☐	☐
Laboratorio	☐	☐
Equipamiento de laboratorio de bioquímica y hematológico propio	☐	☐
Equipamiento de laboratorio de bioquímica y hematológico concertado	☐	☐
Sala de personal	☐	☐
Sala de aislamiento (especificar nº. de jaulas) nº ____	☐	☐
Sala de hospitalización (especificar nº. de jaulas) nº. _____	☐	☐
Equipamiento mínimo de ecógrafo y electrocardiógrafo	☐	☐
Superfície total	m²_____	

Mediante el presente declaro que los datos facilitados y los documentos aportados son ciertos y corresponden con la realidad, asumiendo cualquier responsabilidad por la inexactitud de los mismos.

En _____ a ____ de _____ de _____

El Director facultativo

El Propietario
(Si fuese distinto)

Fdo. _____ Fdo. _____

A esta solicitud deberá acompañarse del plano del local, distribución indicando los m², instalaciones y mobiliario.

SR. PRESIDENTE DEL ILTRE. COLEGIO OF. DE VETERINARIOS DE ALICANTE.

Le informamos de que los datos recogidos en este formulario serán objeto de tratamiento por parte del Ilustre Colegio de Veterinarios de Alicante con la finalidad de llevar a cabo la prestación de servicios a los colegiados y garantizar la correcta ordenación de la profesión, según atribución legal y estatutaria. Estos datos los facilita usted voluntariamente, prestando su consentimiento expreso (que en cualquier momento puede retirar) y habiendo obtenido el del resto de personas cuyos datos se incluyen. Puede ejercer sus derechos de acceso a sus datos y su rectificación en caso de que resulten erróneos u obsoletos, y solicitar la supresión de sus datos y de oponerse o limitar su tratamiento, y solicitar la portabilidad de los mismos, por medio de escrito a: Colegio de Veterinarios de Alicante, Rambla Méndez Núñez, nº 38, Alicante, 03002, o bien al Delegado de Protección de Datos, D. José Ángel Sánchez Ros, por medio de e-mail a joseangel@icae.es , en el que se identifique debidamente por medio de copia escaneada de su DNI. Le informamos de que, en caso de que su petición no sea atendida debidamente, puede usted proceder a formular reclamación ante la Agencia Española de Protección de datos.