D.G. de Salud Pública

CONSEJERÍA DE SANIDAD

Comunidad de Madrid

Etiqueta del Registro

SOLICITUD

1.- Datos del interesado:

NIF/NIE				Apellidos							
Nombre/Razón Social											
Correo electrónico								País	España		
Dirección	Tipo vía			Nombre vía						Nº	
Piso		Puerta		CP		Localidad	Madrid		Provincia	Madrid	
Fax				Teléfono Fijo				Teléfono Móvil			

2.- Datos de el/la representante:

NIF/NIE		Apellidos			
Nombre/Razón Social			Correo electrónico		
Fax		Teléfono Fijo		Teléfono Móvil	

3.- Medio de notificación:

La notificación se realizará por medios electrónicos, a través del servicio de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid, para lo cual previamente deberá estar dado de alta.

4.- Documentación que adjunta:

5.- Expone:

6.- Solicita:

En ……., a 16 .....de julio…….. de 2024….

FIRMA

Los datos personales recogidos en este formulario serán tratados de conformidad con el nuevo Reglamento Europeo (UE) 2016/679 de Protección de Datos. La información relativa a los destinatarios de los datos, la finalidad y las medidas de seguridad, así como cualquier información adicional relativa a la protección de sus datos personales podrá consultarla en el siguiente enlace www.comunidad.madrid/protecciondedatos. Ante el responsable del tratamiento podrá ejercer, entre otros, sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición y limitación de tratamiento.

DESTINATARIO	Consejería de Sanidad D.G. de Salud Pública

Limpiar campos Imprimir