# DIRECTOR TÉCNICO o RESPONSABLE MÁXIMO SANITARIO

( ACEPTACIÓN )

D. ..........................................................................................................

con D.N.I. .....................................................................,

y domicilio a efectos de notificaciones en . .....................................................................,

actuando: en nombre propio

 o como representante de la Sociedad .....................................................................

con C.I.F. .....................................................................,

como titular del Centro, Servicio y Establecimiento Sanitario .........................................................................................................................,

sito en .....................................................................................................,

por la presente COMUNICO QUE SOY EL DIRECTOR TÉCNICO Y MÁXIMO RESPONSABLE SANITARIO DEL CENTRO, SERVICIO O ESTABLECIMIENTO SANITARIO.

Murcia a 18 de octubre de 2018

Fdo.: .DIRECTOR TÉCNICO..