SOLICITUD D'INSCRIPCIÓ EN EL REGISTRE DE CENTRES DE L'IL·LUSTRE COL·LEGI OFICIAL DE VETERINARIS DE _____

◯ CONSULTORI ◯ CLÍNICA ◯ HOSPITAL

◯ CENTRE DE REFERÈNCIA

Nom del centre: _____

Raó social: _____ C.I.F. _____

Adreça _____ C.P. _____

Localitat _____ í_____

Telèfon _____ Mòbil _____ Fax _____

Correu electrònic_____Horari_____

Serveis: _____

(Servei d'urgències, servei 24 hores, servei a domicili, servei d'ambulància)

Altres serveis: _____

(Perruqueria, botiga d'alimentació i accessoris d'animals)

Titular o titulars del centre:

_____ núm.col _____

_____ núm.col _____

_____ núm.col _____

_____ núm.col _____

Director Facultatiu

_____ núm.col _____

_____ núm.col _____

_____ núm.col _____

_____ núm.col _____

_____ núm.col _____

Veterinaris adscrits:

_____ núm.col _____

_____ núm.col _____

_____ núm.col _____

_____ núm.col _____

ANNEX II

Infraestructura i serveis:

	SÍ	NO
- Aigua potable freda i calenta	☐	☐
- Bany i lavabo	☐	☐
- Sala de recepció o espera	☐	☐
- Sala de consulta (especificar nombre en cas d'hospital) núm: _____	☐	☐
- Material mèdic i quirúrgic	☐	☐
- Equip per a esterilització del material	☐	☐
- Frigorífic	☐	☐
- Microscopi	☐	☐
- Termòmetre	☐	☐
- Fonendoscopi	☐	☐
- Ambú i traqueotubs	☐	☐
- Lector de microxip	☐	☐
- Prequiròfan	☐	☐
- Sala d'operacions	☐	☐
- Instal·lació de radiodiagnosi legalitzada pròpia	☐	☐
- Instal·lació de radiodiagnosi concertada	☐	☐
- Laboratori	☐	☐
- Equipament de laboratori de bioquímica i hematològic propi	☐	☐
- Equipament de laboratori de bioquímica i hematològic concertat	☐	☐
- Sala de personal	☐	☐
- Sala d'aïllament (especificar número de gàbies) n. _____	☐	☐
- Sala d'hospitalització (especificar número de gàbies) n. _____	☐	☐
- Equipament mínim d'ecògraf i electrocardiògraf	☐	☐
- Superfície total m^2 _____		

Mitjançant aquest document declaro que les dades facilitades i els documents aportats són certs i es corresponen amb la realitat, assumint qualsevol responsabilitat per la inexactitud de les mateixes.

A _____ a _____ de/d' _____ de _____

El Director Facultatiu

El Propietari
(Si és un altre)

Signatura_____

Signatura_____

A aquesta sol·licitud li heu d'afegir el plànol del local i distribució indicant els m^2, instal·lacions i mobiliari.

SR/A PRESIDENT/A DE L'IL·LTRE COL·LEGI OFICIAL DE VETERINARIS DE _____ .

A efectes d'allò previst en la LIei Orgànica 15/1999, de protecció de dades de caràcter personal, li informem que les dades consignades per vostè en aquest formulari, seran recollides en un arxiu el responsable del qual és el Col·legi de Veterinaris de _____. Vostè autoritza expressament al Col·legi de Veterinaris de _____ a la comunicació de les seves dades a tercers, organismes públics o privats, que siguin necessaris per a la prestació de serveis d'aquest Col·legi. Vostè té el dret d'accés a dit arxiu i rectificar les dades personals que resultin errònies o obsoletes. Igualment té dret de cancel·lar o oposar-se al tractament de les seves dades personals. L'exercici d'aquests drets podrà fer-lo efectiu adreçant-se per escrit a: Col·legi de Veterinaris de _____ (*adreça postal del Col·legi*).