GENERALITAT VALENCIANA

ANNEX III - SOL·LICITUD DE RECONEIXEMENT OFICIAL D'EXPERIÈNCIA PROFESSIONAL EN LA VENDA DE PRODUCTES SANITARIS AMB ADAPTACIÓ INDIVIDUALITZADA

ANEXO III - SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO OFICIAL DE EXPERIENCIA PROFESIONAL EN LA VENTA DE PRODUCTOS SANITARIOS CON ADAPTACIÓN INDIVIDUALIZADA

A DADES DEL SOL·LICITANT / *DATOS DEL SOLICITANTE*

COGNOMS / *APELLIDOS*		NOM / *NOMBRE*		NIF-DNI
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / *DIRECCIÓN (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)*				CP
LOCALITAT / *LOCALIDAD*	PROVÍNCIA / *PROVINCIA*	TEL. FIX / *TFNO.* FIJO	TEL. MÒBIL / *TFNO.* MÓVIL	FAX
SI ÉS EL CAS, ASSOCIACIÓ PROFESSIONAL O COL·LEGI OFICIAL A QUÈ PERTANY / *EN SU CASO, ASOCIACIÓN PROFESIONAL O COLEGIO OFICIAL AL QUE PERTENECE*				

B SOL·LICITUD / *SOLICITUD*

En base al que preveu la disposició addicional primera del Decret 250/2004, de 5 de novembre, del Consell de la Generalitat, d'ordenació de les activitats de fabricació "a mida", distribució i venda al públic de productes sanitaris en la Comunitat Valenciana, sol·licita el reconeixement oficial de la seua experiència professional en activitats de venda de productes sanitaris amb adaptació individualitzada, de:

En base a lo previsto en la disposición adicional primera del Decreto 250/2004, de 5 de noviembre, del Consell de la Generalitat, de ordenación de las actividades de fabricación "a medida", distribución y venta al público de productos sanitarios en la Comunidad Valenciana, solicita el reconocimiento oficial de su experiencia profesional en actividades de venda de productos sanitarios con adaptación individualizada, de:

☐ Productes Audioprotèsics
Productos *Audioprotésicos*

☐ Productes Ortoprotèsics
Productos *Ortoprotésicos*

Per a això aporta, adjunta a la present sol·licitud, la documentació, acreditativa de la dita circumstància, que establix l'esmentada disposició i el rebut del pagament de la taxa corresponent.

Para lo cual aporta, adjunta a la presente solicitud, la documentación, acreditativa de dicha circunstancia, que establece la citada disposición y el recibo del pago de la tasa correspondiente.

_____ , _____ d _____ de _____

La persona sol·licitant / *La persona solicitante*

Firma: _____

REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT
FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE

Les dades de caràcter personal que conté l'imprés podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).

Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del mismo, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asímismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).

DIRECCIÓ GENERAL DE FARMÀCIA I PRODUCTES SANITARIS

DIRECCIÓN GENERAL DE FARMACIA Y PRODUCTOS SANITARIOS

11/01/06

GENERALITAT VALENCIANA

ANNEX III - SOL·LICITUD DE RECONEIXEMENT OFICIAL D'EXPERIÈNCIA PROFESSIONAL EN LA VENDA DE PRODUCTES SANITARIS AMB ADAPTACIÓ INDIVIDUALITZADA

ANEXO III - SOLICITUD DE RECONOCIMIENTO OFICIAL DE EXPERIENCIA PROFESIONAL EN LA VENTA DE PRODUCTOS SANITARIOS CON ADAPTACIÓN INDIVIDUALIZADA

A DADES DEL SOL·LICITANT / *DATOS DEL SOLICITANTE*

COGNOMS / *APELLIDOS*		NOM / *NOMBRE*		NIF-DNI
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / *DIRECCIÓN (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)*				CP
LOCALITAT / *LOCALIDAD*	PROVÍNCIA / *PROVINCIA*	TEL. FIX / *TFNO.* FIJO	TEL. MÒBIL / *TFNO.* MÓVIL	FAX
SI ÉS EL CAS, ASSOCIACIÓ PROFESSIONAL O COL·LEGI OFICIAL A QUÈ PERTANY / *EN SU CASO, ASOCIACIÓN PROFESIONAL O COLEGIO OFICIAL AL QUE PERTENECE*				

B SOL·LICITUD / *SOLICITUD*

En base al que preveu la disposició addicional primera del Decret 250/2004, de 5 de novembre, del Consell de la Generalitat, d'ordenació de les activitats de fabricació "a mida", distribució i venda al públic de productes sanitaris en la Comunitat Valenciana, sol·licita el reconeixement oficial de la seua experiència professional en activitats de venda de productes sanitaris amb adaptació individualitzada, de:

En base a lo previsto en la disposición adicional primera del Decreto 250/2004, de 5 de noviembre, del Consell de la Generalitat, de ordenación de las actividades de fabricación "a medida", distribución y venta al público de productos sanitarios en la Comunidad Valenciana, solicita el reconocimiento oficial de su experiencia profesional en actividades de venta de productos sanitarios con adaptación individualizada, de:

☐ Productes Audioprotèsics
Productos *Audioprotésicos*

☐ Productes Ortoprotèsics
Productos *Ortoprotésicos*

Per a això aporta, adjunta a la present sol·licitud, la documentació, acreditativa de la dita circumstància, que establix l'esmentada disposició i el rebut del pagament de la taxa corresponent.

Para lo cual aporta, adjunta a la presente solicitud, la documentación, acreditativa de dicha circunstancia, que establece la citada disposición y el recibo del pago de la tasa correspondiente.

_____ , _____ d _____ de _____

La persona sol·licitant / *La persona solicitante*

Firma: _____

REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT
FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE

Les dades de caràcter personal que conté l'imprés podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).

Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del mismo, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asímismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14/12/99).

(2/2) EXEMPLAR PER A L'INTERESSAT/ *EJEMPLAR PARA EL INTERESADO*

CIT - IAC

DIN - A4

IA - 19084 - 01 - E

DIRECCIÓ GENERAL DE FARMÀCIA I PRODUCTES SANITARIS

DIRECCIÓN GENERAL DE FARMACIA Y PRODUCTOS SANITARIOS

11/01/06