



SOLICITUD DE ALTA EN REPS¹ CENTROS SANITARIOS

Datos del centro

Nombre del centro

Comunidad autónoma

Código autonómico del centro

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Datos del representante del centro

Nombre del representante

Apellidos del representante

NIF del representante


Correo electrónico del representante

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Teléfono de contacto

Fecha

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------


De acuerdo con la vigente Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, que la desarrolla, le comunicamos que los datos que incorpore en el presente formulario pasan a formar parte de nuestra base de datos, teniendo usted derecho de oposición, acceso, rectificación y cancelación de los mismos. Podrá ejercer este derecho a través de la [Sede Electrónica](#)  del Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social.

Declaro que los datos que figuran en mi solicitud de registro son ciertos, asumiendo en caso contrario las responsabilidades que pudieran derivarse de su inexactitud y autorizando al Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social, la consulta de los mismos en el Sistema de Verificación de Datos de Identidad de la Dirección General de la Policía.

Para validar la veracidad de la información suministrada, el presente formulario deberá ser firmado con certificado electrónico².

Firma del/la solicitante,

<input type="text"/>
<input type="text"/>

¹ [Orden SSI/890/2017, de 15 de septiembre](#),  por la que se desarrolla el Real Decreto 640/2014, de 25 de julio, por el que se regula el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios.

² Prestadores de servicios de certificación: <https://sede.minetur.gob.es/Prestadores/Paginas/Inicio.aspx>