



Nº EXP.
---------

**FORMULARIO PARA LA AUTORIZACION DE CENTROS EXTRAHOSPITALARIOS.**

- AUTORIZACION DE CREACION.  
 AUTORIZACION DE APERTURA Y FUNCIONAMIENTO.  
 AUTORIZACION DE MODIFICACION.  
 AUTORIZACION DE RENOVACION.

*(Ponga una cruz en el casillero correspondiente al tipo de autorización que se solicita).*

**I. DATOS INFORMATIVOS DEL CENTRO.**

Nombre del Centro: .....
Titular que solicita la autorización: .....
C.I.F / D.N.I: ..... Dirección del Centro: .....
Municipio: ..... C.P: ..... T. Histórico: .....
Teléfono: ..... Fax: .....
Propietario o representante del Centro: .....
Responsable de la actividad asistencial: .....
Actividad que se declara .....

**II. MEDIOS HUMANOS.** *(especificar nº de personas y titulación correspondiente).*

..... Médicos especialistas en .....	..... Diplomados en Enfermería
..... Médicos generales	..... Fisioterapeutas
..... Psicólogos	..... Auxiliares sanitarios
..... Odontólogos	
..... Otros.....	

<b>FECHA Y FIRMA</b>	<b>REGISTRO DE ENTRADA</b>

**SR. DIRECTOR TERRITORIAL DE SANIDAD DE BIZKAIA**

### ANEXO PARA LA AUTORIZACION DE CENTROS EXTRAHOSPITALARIOS

Para solicitar la autorización administrativo-sanitaria de creación, apertura y funcionamiento, renovación o modificación de un **Centro Extrahospitalario**, se deberá cumplimentar el formulario correspondiente y adjuntar al mismo la siguiente documentación (Marque con una 'x'):

- Documentación acreditativa de la personalidad del solicitante (fotocopia del DNI). Si el titular y/o solicitante fuera una persona jurídica, deberán adjuntarse los Estatutos de la Entidad y se deberá justificar que el representante del centro ha sido designado por la Entidad para ejercer esa representación.
- Memoria descriptiva del centro y de las actividades que en él se llevan a cabo, incluyendo relación detallada del aparataje y características del mismo.
- Fotocopia de los planos del centro o, en su defecto, dibujo descriptivo realizado a escala.
- Relación de personal sanitario, fotocopia de las titulaciones respectivas, Carnet de colegiado. Cuando el Titular del Centro sea diferente del Responsable de la actividad asistencial, se deberá presentar una declaración de responsabilidad firmada por ambos.
- Licencia de apertura otorgada por el Ayuntamiento o, en caso de solicitar la autorización de creación de centros, la licencia de actividad.
- Autorización por parte de los organismos competentes en materia de instalaciones y seguridad.
- En el caso de disponer de instalaciones de radiodiagnóstico,
  - 1) *Autorización del Consejo de Seguridad Nuclear o Registro en el Departamento de Industria de todos los equipos de Rx.*
  - 2) *Programa de Garantía de Calidad, de acuerdo al RD 1976/1999 y RD 815/2001.*
  - 3) *Control de Calidad de los Equipos.*
  - 4) *Estimación de dosis a paciente ( para centros en funcionamiento durante al menos un año.)*
  - 5) *Verificación de los niveles de radiación en puestos de trabajo y lugares accesibles al público.*
- Justificante de ingreso del importe de la tasa correspondiente ( Ley 13/98 y Ley 1/02 ), en la **C/C Nº 2095.0631.51.3239068030 de la Dirección Territorial de Sanidad de Bizkaia**, en cualquier oficina de la "BBK", debiendo especificarse lo siguiente:
  - Clave del Concepto por el que se realiza el pago de la tasa.
  - Nombre y apellidos de la persona que realiza el pago, y de la empresa o centro sanitario.
  - Fecha y localidad en donde se realiza el pago.

<b>IMPORTE DE TASAS: €</b>	<b>Creación Funcionamiento</b>	<b>Clave</b>	<b>Modificación Renovación</b>	<b>Clave</b>
Hospitales	400,03 €	6.1	200,02 €	6.1M
Centros de Atención Especializada	240,00 €	6.2	120,00 €	6.2M
Centros de Salud	160,00 €	6.3	80,00 €	6.3M
Equipos Móviles	160,00 €	6.4	80,00 €	6.4M
Ambulancias	26,67 €	6.5	13,34 €	6.5M
Balnearios	160,00 €	6.6	80,00 €	6.6M
Laboratorios	160,00 €	6.7	80,00 €	6.7M
Consultas Asistenciales	80,00 €	6.8	40,00 €	6.8M
Ópticas	160,00 €	6.9	80,00 €	6.9M
Gabinetes Ortopédicos	160,00 €	6.10	80,00 €	6.10M

Para cualquier información adicional, así como para formalizar la entrega de las solicitudes de autorización de centros sanitarios, deberá dirigirse a la Dirección de Sanidad de Bizkaia, C/ M<sup>a</sup> Díaz de Haro, 58 – 60, 48010.Bilbao, Tno. 944-03-15-57



DON/DOÑA.....

..... con

D.N.I.nº:.....

Colegiado nº:.....

Hago constar que me declaro responsable de la Actividad Asistencial que se realiza en:

.....  
 .....  
 .....

Asimismo, en el caso de cesar mi responsabilidad, lo comunicaré, mediante escrito dirigido a la Dirección Territorial de Sanidad, en el plazo de quince días, para que conste en el expediente de autorización administrativo-sanitaria de la actividad.

En ..... a ..... de  
 ..... de 200

EL RESPONSABLE ASISTENCIAL,

Fdo:

.....JAUN/AND

REA.....NAN

zk.duna, .....KOLEGIATU

zk.duna,

naizen honek agertarazten dut: .....

.....  
 .....

burutzen den Asistentzia-jardueraren erantzule naizela.

Halaber, nire erantzukizuna utziz gero, Osasuneko Lurralde Ordezkaritzari idazki bidez jakinaraziko diot hamabost eguneko epean, horrela ager dadin jardueraren baimen administrativo-sanitarioaren espedientean

.....n, 200...(e)ko .....

.....aren.....(e) an

ASITENTZIAREN ERANTZUELA,

Izptua: