



OSASUN SAILA

Osasun Sailburuordetza
Plangintza, Antolamendu eta Ebaluazio
Sanitarioko Zuzendaritza

DEPARTAMENTO DE SALUD

Viceconsejería de Salud
Dirección de Planificación, Ordenación y
Evaluación Sanitaria

OSASUN ZENTROEN BAIMENA ESKURATZEKO ESKABIDE-ORRIA
FORMULARIO PARA AUTORIZACIÓN DE CENTRO SANITARIOS

- INSTALATZEKO BAIMENA** / AUTORIZACIÓN DE INSTALACIÓN
- JARDUTEKO BAIMENA** / AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO
- FUNTSEZKO ALDAKETAK EGITEKO BAIMENA** / AUTORIZACIÓN DE MODIFICACIONES SUSTANCIALES:
- BERRITZEKO BAIMENA** / AUTORIZACIÓN DE RENOVACIÓN

(Markatu "X" batez eskatzen den baimen motari dagokion laukian / Ponga una cruz en el casillero correspondiente al tipo de autorización que se solicita)

I. ZENTROAREN DATUAK / DATOS DEL CENTRO

Zentroaren izena: Nombre del Centro:			
Helbidea: Dirección:			
PK: C.P.:		Herria: Población:	Lurralde historikoa: Territorio Histórico:
Telefono-zk.ak: Teléfonos :	/	Fax / Fax:	
E-mail: E-mail:		Web orria: Página Web:	

II. TITULARAREN DATUAK / DATOS DEL TITULAR

Izen-abizeanak: Nombre y apellidos:		IFK / NAN: CIF / DNI:
---	--	---------------------------------

III. ORDEZKARIAREN DATUAK / DATOS DEL REPRESENTANTE

Izen-abizeanak: Nombre y apellidos:		IFK / NAN: CIF / DNI:
---	--	---------------------------------

IV. JARDUERAREN ARDURADUNAREN DATUAK / DATOS RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD

Izen-abizeanak: Nombre y apellidos:		IFK / NAN: CIF / DNI:
---	--	---------------------------------

V. DEKLARATZEN DEN JARDUERA / ACTIVIDAD QUE SE DECLARA

--

VI. ASISTENTZIA-ESKAINNTZA / OFERTA ASISTENCIAL

U	Asistentzia-eskaintza / Oferta asistencial

Izaera pertsonaleko datuen babesari buruzko abenduaren 13ko 15/1999 Lege Organikoaren, eta Osasun Saileko izaera pertsonaleko datuen fitxategiak arautzen dituen 2005eko ekainaren 1eko Aginduaren arabera, jakinarazi nahi dizugu inprimaki honetan aurkezten dituzun datu pertsonalak "Antolamendu Sanitarioa" deritzen fitxategian sartuko direla, Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailaren erantzukizunpean. Datu horiek guztiak, Osasun Ministerioari eta osasun arloan eskumena duten beste erakunde publiko batzuei utzi ahal izango zaizkie. Sarrera, zuzenketa, indargabetze eta oposizio eskubideak erabili nahi izanez gero, Eusko Jaurlaritzako Osasun Sailaren Plangintza, Antolamendu eta Ebaluazio Sanitarioko Zuzendariara, Donostia-San Sebastián kalea, 1 - 01010 Vitoria-Gasteiz, (Araba) jo beharko da

De conformidad con la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, y con la Orden de 1 de junio de 2005, por la que se regulan los ficheros de datos de carácter personal del Departamento de Sanidad, le informamos que los datos personales que usted aporta en este impreso serán incluidos en el fichero "Ordenación Sanitaria" del Departamento de Salud del Gobierno Vasco. Estos datos podrán ser cedidos al Ministerio de Sanidad y a otros organismos públicos con competencia en materia sanitaria. Puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en la Dirección de Planificación, Ordenación y Evaluación Sanitaria del Departamento de Salud del Gobierno Vasco, c/ Donostia-San Sebastián, 1 - 01010 Vitoria-Gasteiz (Alava)




Tokia eta data / Lugar y fecha:

<p>(Eskatzailearen sinadura / Firma del solicitante)</p>

PLANGINTZA, ANTOLAMENDU ETA EBALUAZIO SANITARIOKO ZUZENDARI JAUNA
SR. DIRECTOR DE PLANIFICACIÓN, ORDENACIÓN Y EVALUACIÓN SANITARIA

OSASUN SAILA
 DEPARTAMENTO DE SALUD

Donostia-San Sebastián, 1
 01010 VITORIA-GASTEIZ

 945 01 92 34
 945 01 92 80
 soac@euskadi.eus



ANEXO PARA LA AUTORIZACIÓN DE CLÍNICAS DENTALES

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 de Autorización (sólo de intalación en cursiva)

- Documentación acreditativa de la personalidad del solicitante (fotocopia del DNI). Si el titular y/o solicitante fuera una persona jurídica, Número de Identificación Fiscal, su documento de Constitución, Estatutos, documento que demuestre la representación de la persona que actúa en su nombre y su D.N.I.*
- Memoria descriptiva del centro, servicio o establecimiento sanitario, en la que se especifique su ubicación, características, instalaciones, organización interna y oferta asistencial y actividades. (En el caso de que en el centro se lleve a cabo esterilización de material, deberá aportar un procedimiento escrito). Justificación del cumplimiento de la Orden de de 12 de noviembre de 2013, del Consejero de Salud, por la que se regulan los requisitos técnicos aplicables a los centros y servicios sanitarios en los que se realicen actividades quirúrgicas y/o procedimientos diagnósticos y/o terapéuticos invasivos sin internamiento.*
- Plano de conjunto y detalle del local, con especificación de accesos, distribución de espacios y superficies.*
- Para proceder a la inscripción de las historias clínicas en la Agencia Española de Protección de Datos puede hacerlo a través del siguiente link:

https://www.agpd.es/portalwebAGPD/canalresponsable/inscripcion_ficheros/index-ides-idphp.php
- Una relación del personal sanitario en activo, con DNI, justificación documental de las titulaciones respectivas. Fotocopia de su D.N.I. Certificado actualizado del Colegio Profesional al que pertenece con el nº de colegiado. Régimen de dedicación de dicho personal.
- En el caso de disponer de equipos de rayos X deberá aportar:
 - 1) Copia del Registro de los equipos de Rx, emitida por el Departamento de Industria del Gobierno Vasco disponibles en el centro.
 - 2) Programa de Garantía de Calidad (P.G.C.)
 - 3) Control de Calidad (C.C.) de cada uno de los Equipos, incluyendo:
 - *Estimación de dosis a paciente (en el caso de que la instalación lleve funcionando más de un año)
 - *Verificación de los niveles de radiación en puestos de trabajo y lugares accesibles al público.

Además deberán presentar:

- Copia del contrato con la empresa que supervisa los equipos de radiodiagnóstico, así como supervisión de los dosímetros.
- Copia de las licencias del director y de las licencias de los operadores acreditados para manipular instalaciones radiológicas por el Consejo de Seguridad Nuclear.

- Presentación en la Unidad de Sanidad Ambiental de la Subdirección de Salud Pública y Adicciones (Avda. Santiago, 11) de una comunicación como productores de residuos sanitarios, en aplicación del DECRETO 21/2015, de 3 de marzo, sobre gestión de los residuos sanitarios en la Comunidad Autónoma de Euskadi (persona de contacto Teresa Martínez 945 017 173).
- *Justificante de ingreso del importe de la tasa correspondiente, en la cuenta corriente del Territorio Histórico que corresponda, especificando los datos que se indican a continuación:*

ARABA	Laboral Kutxa	ES.31.3035.0056.40.0560900123
-------	---------------	-------------------------------

- Nombre y apellidos de la persona que realiza el pago, y de la empresa o centro sanitario.
- Clave del Concepto por la cual se realiza el pago de la tasa.
- Fecha y localidad en donde se realiza el pago

TASAREN ZENBATEKOA IMPORTE DE LAS TASAS	Sorrera / Creación Jarduera / Funcionamiento	Klabea Clave	Aldaketa / Modificación Berritzea / Renovación	Klabea Clave
	947.58 €	1C.2.5.1	473.79 €	1C.2.5.1

Para cualquier información adicional, así como para formalizar la entrega de las solicitudes de autorización de centros sanitarios, deberá dirigirse a la Delegación Territorial:

En Álava: c/ Olaguibel, nº 38 - 01004 - VITORIA - Tfno.: 945 01 71 00

En Bizkaia: c/ Alameda de Recalde nº 39 A - 48008 BILBAO - Tfno.: 944 03 15 00

En Gipuzkoa: Avda. de Sancho el Sabio, 35 - SAN SEBASTIÁN - Tfno.: 943 02 30 00



ZENTRO SANITARIOEN JARDUERA ASISTENTZIALAREN ARDURADUNA IZENDATZEKO IDAZKI-EREDUA
MODELO DE DESIGNACIÓN DE RESPONSABLE DE LA ACTIVIDAD ASISTENCIAL EN CENTROS SANITARIOS

Nik,
.....
..... NAN duen
jaun/andreak, ko
..... kalean
kokatuta dagoen zentroaren administrazio-
arduraduna,

..... titulu
akademikoa duen
.....
..... jaun/andrea,
..... zenbakiarekin
kolegiatua, zentroan
..... lan
ordutegia betez, agiri honen sinaduraz
izendatzearen adostasuna erakusten
duena, jarduera asistentzialaren
arduraduna IZENDATZEN DUT.

Halaber, jarduera asistentzialaren
arduradunak bere erantzukizuna utziz
gero, sinatzaileek Osasun Lurralde
Ordezkaritzara bidalitako idazki baten
bidez jakinaraztera behartuta daude.

D./ Dña.
....., con D.N.I.
....., como
representante del centro
....., sito en
la c/
..... de
.....

DESIGNO como responsable asistencial a :

D./ Dña.
....., con
D.N.I.,
nº de Colegiado y
titulación académica
....., y con el siguiente horario de trabajo
....., quien
muestra su conformidad a la designación con la firma
de este documento.

*Asimismo, en el caso de que el responsable
asistencial cese en esa función, los firmantes
quedan obligados a comunicarlo por escrito a la
Delegación Territorial de Álava.*

....., 201..... ko, aren
En, a de de 201.....

ZENTROAREN ADMINISTRAZIO-ARDURADUNA
EL RESPONSABLE ADMINISTRATIVO DEL CENTRO

ZENTROAREN ASISTENTZIA-ARDURADUNA
EL RESPONSABLE ASISTENCIAL

Izptua. / *Fdo.:*

Izptua. / *Fdo.:*

