

Conjunct or large to result or the control of the c	DATOS DEL ESTABLECIMIENTO SOLICITANTE								
Nombre de la Empresa* Nombre y Apellidos del Titular de la autorización* Código autonómico* Dirección Código Postal Población Provincia Teléfono(2) DATOS DEL TITULAR O REPRESENTANTE Complete las cadhe oso los dinos solvetades Nombre* Apellidos* DNI* Dirección Código Postal Provincia Teléfono de Contacto Correo electrónico En representación: SI NO NO Provincia Provincia Provincia Provincia Telefono de Contacto Correo electrónico En representación jurídica que ostenta: DATOS A EFECTO DE NOTIFICACIONES Dirección* Código Postal Provincia* Telefono electrónico En representación iurídica que ostenta: DATOS A EFECTO DE NOTIFICACIONES Dirección* Código Postal Provincia* Telefono electrónico En representación jurídica que ostenta: DATOS A EFECTO DE NOTIFICACIONES Dirección* Código Postal Provincia* Telefono electrónico electrón									
Nombre y Apellidos del Titular de la autorización* Código autonómico* Dirección Código Postal Provincia Teléfono(1) Teléfono(2) DATOS DEL TITULAR O REPRESENTANTE Compete las cautilas con los distas solicitados Nombre* Apellidos* DNI* Dirección Código Postal Población Provincia Teléfono de Contacto Correo electrónico Representación: SI NO NO Texas distante compete diagnostractos NO SERVITICACIONES Dirección Código Postal Población Provincia Teléfono de Contacto Correo electrónico Representación jurídica que ostenta: DATOS A EFECTO DE NOTIFICACIONES Dirección* Código Postal Población Provincia Teléfono de Contacto Correo electrónico Representación jurídica que ostenta: DATOS A EFECTO DE NOTIFICACIONES Dirección* Código Postal Población* Provincia Teléfono de Cortacto Correo electrónico de Establecimientos Colaboradores en la gestión de la prestación ortoprotésica en Navarra									
Código Postal Dirección Código Postal Provincia Teléfono(1) Teléfono(2) DATOS DEL TITULAR O REPRESENTANTE Complete las traullas con las dates solventadas Nombre* Nombre* Dirección Código Postal Provincia Teléfono Contacto Correo electrónico En representación jurídica que ostentas Representación jurídica que ostentas DATOS A EFECTO DE NOTIFICACIONES Dirección* Código Postal Provincia* Teléfono * Correo electrónico Bar es presentación jurídica que ostenta: DATOS A EFECTO DE NOTIFICACIONES Dirección* Código Postal Provincia* Teléfono * Correo electrónico * ASUNTO Registro de Establecimientos Colaboradores en la gestión de la prestación ortoprotésica en Navarra									
Dirección Código Postal Población Provincia Teléfono(1) Teléfono(2) DATOS DEL TITULAR O REPRESENTANTE **Conjulina is custilas por los datas solicizados Nombre* Apellidos* Dirección Código Postal Provincia Teléfono de Contacto Correo electrónico En representación jurgiames dato. Representación jurgiame									
Código Postal Población Provincia Teléfono(1) Teléfono(2) DATOS DEL TITULAR O REPRESENTANTE Complete las callats contos datos solicitados Nombre* Apellidos* DNI* Dirección Código Postal Provincia Teléfono de Contacto Correo electrónico En representación: SI NO NO O Frazas infuntos complete al squaren dato DATOS A EFECTO DE NOTIFICACIONES Dirección* Código Postal* Provincia* Teléfono * Correo electrónico Correo electrónico Brazas infuntos complete al squaren dato Código Postal Provincia* Teléfono * Correo electrónico Correo electrónico Registro de Establecimientos Colaboradores en la gestión de la prestación ortoprotésica en Navarra									
Población Provincia Teléfono(1) Teléfono(2) DATOS DEL TITULAR O REPRESENTANTE Compilere las cuellus contes dates solicitades Nombre* Apellidos* DNI* Dirección Código Postal Provincia Teléfono de Contacto Correo electrónico En representación: SI NO NO O Encasa infunitor compilere el superior escos Dirección Código Postal Población Provincia Teléfono de Contacto Correo electrónico En representación: Código Postal Provincia Teléfono de Contacto Correo electrónico En representación: Código Postal Provincia Telefono de Contacto Correo electrónico En representación: Código Postal Provincia Telefono de Contacto Correo electrónico Registro de Establecimientos Colaboradores en la gestión de la prestación ortoprotésica en Navarra									
Provincia Teléfono(1) Teléfono(2) DATOS DEL TITULAR O REPRESENTANTE Complete las carellas con los autos solicitados Nombre* Apellidos* DNI* Dirección Código Postal Población Provincia Teléfono de Contacto Correo electrónico En representación: SI NO NO Representación juridica que ostenta: DATOS A EFECTO DE NOTIFICACIONES Dirección* Código Postal Población Provincia Teléfono * Correo electrónico Barron A EFECTO DE NOTIFICACIONES Dirección Código Postal Provincia Teléfono * Correo electrónico * ASUNTO Registro de Establecimientos Colaboradores en la gestión de la prestación ortoprotésica en Navarra									
Teléfono(1) Teléfono(2) DATOS DEL TITULAR O REPRESENTANTE Compete las casillas con tos datos soricitados Nombre* Apellidos* DNI* Dirección Código Postal Población Provincia Teléfono de Contacto Correo electrónico En representación: SI NO NO Representación jurídica que ostenta: DATOS A EFECTO DE NOTIFICACIONES Dirección* Código Postal Población Provincia Teléfono * Correo electrónico Barreo dato Representación: Código Postal Población Provincia Telefono * Correo electrónico * ASUNTO Registro de Establecimientos Colaboradores en la gestión de la prestación ortoprotésica en Navarra									
Teléfono(2) DATOS DEL TITULAR O REPRESENTANTE Complete las cautilas con los datos solicitados Nombre* Apellidos* DNI* Dirección Código Postal Población Provincia Teléfono de Contacto Correo electrónico En representación: SI NO NO Bracas affinativo complete el squiente dato Representación jurídica que ostenta: DATOS A EFECTO DE NOTIFICACIONES Dirección* Código Postal* Provincia Teléfono * Correo electrónico ASUNTO Registro de Establecimientos Colaboradores en la gestión de la prestación ortoprotésica en Navarra									
DATOS DEL TITULAR O REPRESENTANTE Complete las cavillas con los datos solicitados Nombre* Apellidos* DNI* Dirección Código Postal Población Provincia Teléfono de Contacto Correo electrónico En representación: SI NO NO Representación jurídica que ostenta: DATOS A EFECTO DE NOTIFICACIONES Dirección* Código Postal Provincia Teléfono * Código Postal Provincia Teléfono beconser el a gestión de la prestación ortoprotésica en Navarra									
Complete las casillas can los datos solicitados Nombre* Apellidos* DNI* Dirección Código Postal Población Provincia Teléfono de Contacto Correo electrónico En representación: En caso afirmativo complete el siquiente dato Representación jurídica que ostenta: DATOS A EFECTO DE NOTIFICACIONES Dirección* Código Postal Provincia Teléfono e Correo electrónico Representación jurídica que ostenta: DATOS A EFECTO DE NOTIFICACIONES Dirección* Código Postal Provincia Teléfono e Correo electrónico ASUNTO Registro de Establecimientos Colaboradores en la gestión de la prestación ortoprotésica en Navarra									
Nombre* Apellidos* DNI* Dirección Código Postal Población Provincia Teléfono de Contacto Correo electrónico En representación: SI NO NO En caso afirmativo complete el siguiente dato Representación jurídica que ostenta: DATOS A EFECTO DE NOTIFICACIONES Dirección* Código Postal* Provincia* Teléfono * Correo electrónico * ASUNTO Registro de Establecimientos Colaboradores en la gestión de la prestación ortoprotésica en Navarra									
DNI* Dirección Código Postal Población Provincia Teléfono de Contacto Correo electrónico En representación: SI NO En caso affirmativo complete el siguiente dato Representación jurídica que ostenta: DATOS A EFECTO DE NOTIFICACIONES Dirección* Código Postal* Población* Provincia* Teléfono * Correo electrónico * ASUNTO Registro de Establecimientos Colaboradores en la gestión de la prestación ortoprotésica en Navarra									
Dirección Código Postal Población Provincia Teléfono de Contacto Correo electrónico En representación: SI NO En caso afirmativo complete el siguiente dato Representación jurídica que ostenta: DATOS A EFECTO DE NOTIFICACIONES Dirección* Código Postal* Población* Teléfono * Correo electrónico * ASUNTO Registro de Establecimientos Colaboradores en la gestión de la prestación ortoprotésica en Navarra	Apellidos*								
Código Postal Población Provincia Teléfono de Contacto Correo electrónico En representación: SI NO NO En asso afirmativo complete el siguiente dato Representación jurídica que ostenta: DATOS A EFECTO DE NOTIFICACIONES Dirección* Código Postal* Población* Provincia* Teléfono* Correo electrónico* ASUNTO Registro de Establecimientos Colaboradores en la gestión de la prestación ortoprotésica en Navarra	DNI*								
Provincia Teléfono de Contacto Correo electrónico En representación: SI NO En caso afirmativo complete el siguiente dato Representación jurídica que ostenta: DATOS A EFECTO DE NOTIFICACIONES Dirección* Código Postal* Población* Provincia* Teléfono* Correo electrónico* ASUNTO Registro de Establecimientos Colaboradores en la gestión de la prestación ortoprotésica en Navarra	Dirección								
Provincia Teléfono de Contacto Correo electrónico En representación: En caso afirmativo complete el siguiente dato Representación jurídica que ostenta: DATOS A EFECTO DE NOTIFICACIONES Dirección* Código Postal* Población* Provincia* Teléfono* Correo electrónico* ASUNTO Registro de Establecimientos Colaboradores en la gestión de la prestación ortoprotésica en Navarra	Código Postal								
Teléfono de Contacto Correo electrónico En representación: SI NO En caso affirmativo complete el siguiente dato Representación jurídica que ostenta: DATOS A EFECTO DE NOTIFICACIONES Dirección* Código Postal* Población* Provincia* Teléfono * Correo electrónico * ASUNTO Registro de Establecimientos Colaboradores en la gestión de la prestación ortoprotésica en Navarra	Población								
Correo electrónico En representación: SI NO En caso afirmativo complete el siguiente dato Representación jurídica que ostenta: DATOS A EFECTO DE NOTIFICACIONES Dirección* Código Postal* Población* Provincia* Teléfono* Correo electrónico* ASUNTO Registro de Establecimientos Colaboradores en la gestión de la prestación ortoprotésica en Navarra	Provincia								
En representación: En caso afirmativo complete el siguiente dato Representación jurídica que ostenta: DATOS A EFECTO DE NOTIFICACIONES Dirección* Código Postal* Población* Provincia* Teléfono* Correo electrónico* ASUNTO Registro de Establecimientos Colaboradores en la gestión de la prestación ortoprotésica en Navarra	Teléfono de Contacto								
En caso afirmativo complete el siguiente dato Representación jurídica que ostenta: DATOS A EFECTO DE NOTIFICACIONES Dirección* Código Postal* Población* Provincia* Teléfono* Correo electrónico* ASUNTO Registro de Establecimientos Colaboradores en la gestión de la prestación ortoprotésica en Navarra	Correo electrónico								
Representación jurídica que ostenta: DATOS A EFECTO DE NOTIFICACIONES Dirección* Código Postal* Población* Provincia* Teléfono* Correo electrónico* ASUNTO Registro de Establecimientos Colaboradores en la gestión de la prestación ortoprotésica en Navarra	En representación:	SI O	NO O						
DATOS A EFECTO DE NOTIFICACIONES Dirección* Código Postal* Población* Provincia* Teléfono* Correo electrónico* ASUNTO Registro de Establecimientos Colaboradores en la gestión de la prestación ortoprotésica en Navarra									
Dirección* Código Postal* Población* Provincia* Teléfono* Correo electrónico* ASUNTO Registro de Establecimientos Colaboradores en la gestión de la prestación ortoprotésica en Navarra									
Código Postal* Población* Provincia* Teléfono* Correo electrónico* ASUNTO Registro de Establecimientos Colaboradores en la gestión de la prestación ortoprotésica en Navarra									
Provincia* Teléfono* Correo electrónico* ASUNTO Registro de Establecimientos Colaboradores en la gestión de la prestación ortoprotésica en Navarra									
Provincia* Teléfono* Correo electrónico* ASUNTO Registro de Establecimientos Colaboradores en la gestión de la prestación ortoprotésica en Navarra DESTINO									
Teléfono * Correo electrónico * ASUNTO Registro de Establecimientos Colaboradores en la gestión de la prestación ortoprotésica en Navarra DESTINO									
Correo electrónico * ASUNTO Registro de Establecimientos Colaboradores en la gestión de la prestación ortoprotésica en Navarra DESTINO									
ASUNTO Registro de Establecimientos Colaboradores en la gestión de la prestación ortoprotésica en Navarra DESTINO									
Registro de Establecimientos Colaboradores en la gestión de la prestación ortoprotésica en Navarra DESTINO									
DESTINO		tića do la prostanića automatéciae ou Narr							
	Registro de Establecimientos Colaboradores en la ges	tion de la prestación ortoprotesica en Navi	dIId						
	DECTING								
Servicio de Gestion de Prestaciones y Conciertos dei Servicio Navarro de Salud									



CAUSA DE PRESENT	ACIÓN							
Elija una opción								
Tipo de movimiento*								
Facturación*								
En el caso que sea colegiada comple								
Nombre de asociación	ı o colegio*							
DOCUMENTACIÓN	QUE APORTA							
Señale la opción que corresponda								
Todos los establecimi	entos:							
Documento acreditati	vo de representación del Estab	olecimi	iento					
En caso de solicitud d	e alta o baja:							
· ·	ible de acuerdo con los estable							
	arzo, por la que se regula la pro		-					
prestación ortoprotés	y se crea al registro de Estableo	cimien	itos colaborac	aores	en la gestion	de la		
prestación ortoprotes	ica eli Navalla.							
Deslavación de samo				مام ما ، ، ،				
Declaración de compromiso de realización de entrenamiento con simulador, que objetive y								
demuestre que el paciente ha adquirido las habilidades en el manejo del dispositivo con su control y una coordinación adecuadas, al menos, en el caso de los productos descritos en el								
•			•					
catálogo como de especial prescripción con códigos: (PSO 020E, PSU 020D, PSD 020B, PIL 060A, SRA 030B)								
,								
FECHA DE LA INSTA	NCIA							
Fecha								
	Restablecer formulario						* indica un campo obligatorio	
							Firma del solicitante	