

DATOS DEL ESTABLECIMIENTO SOLICITANTE

Complete las casillas con los datos solicitados

N.I.F./C.I.F.*	
Nombre de la Empresa*	
Nombre y Apellidos del Titular de la autorización*	
Código autonómico*	
Dirección	
Código Postal	
Población	
Provincia	
Teléfono(1)	
Teléfono(2)	

DATOS DEL TITULAR O REPRESENTANTE

Complete las casillas con los datos solicitados

Nombre*	
Apellidos*	
DNI*	
Dirección	
Código Postal	
Población	
Provincia	
Teléfono de Contacto	
Correo electrónico	
En representación:	SI <input type="radio"/> NO <input type="radio"/>

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

DESTINO

Servicio de Gestión de Prestaciones y Conciertos del Servicio Navarro de Salud

CAUSA DE PRESENTACIÓN

Elija una opción

Tipo de movimiento*

Facturación*

En el caso que sea colegiada complete el siguiente dato

Nombre de asociación o colegio*

DOCUMENTACIÓN QUE APORTA

Señale la opción que corresponda

Todos los establecimientos:

Documento acreditativo de representación del Establecimiento

En caso de solicitud de alta o baja:

Declaración Responsable de acuerdo con lo establecido en el artículo 17.1 del Decreto Foral 33/2023, de 29 de marzo, por la que se regula la prestación ortoprotésica en su modalidad de ortoprotésis externas y se crea al registro de Establecimientos colaboradores en la gestión de la prestación ortoprotésica en Navarra.

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 INSTANCIA

Fecha

Restablecer formulario

* indica un campo obligatorio

Firma del solicitante