

ANEXO III

FORMULARIO PARA LA SOLICITUD DE ALTA COMO ENTIDAD PROVEEDORA DE ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUADA

DATOS DE LA ENTIDAD PROVEEDORA

Denominación de la entidad proveedora:

C.I.F.:

Correo electrónico:

Teléfono:

Dirección:

Localidad - Provincia - Código postal:

Responsable de la entidad proveedora:

Entidad proveedora con ánimo de lucro (si o no):

Carácter de la entidad proveedora (público o privado):

Tipo de entidad (S.L., S.A., fundación...)

Fecha de constitución de la entidad proveedora:

Se enviará mediante correo postal junto con copia de la documentación justificativa correspondiente en la que se refleje los datos anteriores, a la siguiente dirección:
CONSEJERÍA DE SANIDAD
SECRETARÍA TÉCNICA DE LA C.F.C. DE LAS PROFESIONES SANITARIAS DE CASTILLA Y LEÓN
Paseo de Zorrilla Nº 1
47071 Valladolid