

## COMUNICACIÓN DE COMERCIALIZACIÓN DE AGUA MINERAL NATURAL

EXPEDIENTE: \_\_\_\_\_  
(Reservado Administración)

DATOS DEL FIRMANTE/ REPRESENTANTE	Nombre:	Primer apellido:	Segundo apellido:
	Título de representación:		D.N.I./N.I.E./Pasaporte:

DATOS DEL TITULAR	(1)Nombre:	Primer apellido:	Segundo apellido:	N.I.F.:
	(2)Denominación de la entidad			N.I.F.:
	(3)Nombre Comunero 1	Primer apellido:	Segundo apellido:	N.I.F.:
	(3)Nombre Comunero 2	Segundo apellido:	Segundo apellido:	N.I.F.:

DOMICILIO SOCIAL	Dirección:		Código Postal:
	Provincia:	Municipio:	Localidad
	Correo electrónico*:		Teléfono/s:

- (1) En el caso de personas físicas  
(2) En el caso de personas jurídicas y comunidades de bienes  
(3) En el caso de comunidades de bienes

EMPRESA, ESTABLECIMIENTO Y AGUA MINERAL NATURAL	Nº de Registro del Establecimiento/Actividad		Nombre comercial:
	Dirección:		Código Postal:
	Provincia:	Municipio:	Localidad:
	Correo electrónico*:		Teléfono/s:
	<b>AGUA MINERAL NATURAL</b>		
	- Nombre manantial o captación subterránea:		
	- Denominación comercial del agua mineral natural:		
- BOE (fecha y número) de autorización aprovechamiento de agua mineral natural:			

\*La inclusión del correo electrónico permitirá a la Administración notificarle los actos o resoluciones por el sistema de "notificación por comparecencia electrónica".

La notificación por comparecencia electrónica permite al interesado acceder electrónicamente al contenido del acto o resolución, previa visualización por el interesado de un aviso que se le remitirá a su correo electrónico.

En el caso de que el interesado no acceda a la notificación por comparecencia electrónica en el plazo de 10 días naturales, la Administración procederá a realizar la notificación por correo ordinario, de acuerdo con lo establecido en el artículo 59 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.



<b>DOMICILIO A EFECTO DE NOTIFICACIONES:</b>	<input type="checkbox"/> del titular	<input type="checkbox"/> del establecimiento
--	--------------------------------------	--

<b>OBJETO DE LA COMUNICACIONN (SEÑALAR CON X)</b>	<input type="checkbox"/> <b>INICIO DE LA COMERCIALIZACIÓN</b>	
	<input type="checkbox"/> <b>Cambio de titular del responsable</b>	Titular anterior:
	<input type="checkbox"/> <b>Cambio en el etiquetado</b>	
	<input type="checkbox"/> <b>Cambio domicilio social</b>	Domicilio social anterior:
	<input type="checkbox"/> <b>CESE DE LA COMERCIALIZACIÓN DEL AGUA</b>	

<b>DOCUMENTACIÓN QUE ACOMPAÑA (SEÑALAR CON X)</b>	<input type="checkbox"/> Documento acreditativo del NIF del operador
	<b>En caso de no presentar copia de D.N.I. o N.I.E.:</b> Sí <input type="checkbox"/> autorizo a la Administración de la Comunidad de Castilla y León para obtener directamente y/o por medios telemáticos la comprobación de los datos e identidad personal.
	<input type="checkbox"/> Documentación acreditativa de la representación, en su caso.
	<input type="checkbox"/> Documentación acreditativa del cambio de titularidad, en su caso.
	<input type="checkbox"/> ETIQUETA/S DE ENVASE/S DEL AGUA MINERAL NATURAL
	<input type="checkbox"/> COPIA autorización del aprovechamiento del agua mineral natural (BOE):

En \_\_\_\_\_ a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Firma.

1.-Cualquier modificación que se produzca respecto de la situación anterior, deberá comunicarse a la Dirección General de Salud Pública. Sin perjuicio de las facultades de comprobación, control e inspección que tiene atribuida la Administración Pública.

2.- De conformidad con lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa a los interesados que los datos aportados en este formulario serán incorporados a un fichero para su tratamiento automatizado, y que podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, previstos por la Ley, mediante escrito dirigido a la CONSEJERÍA DE SANIDAD – DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA, Paseo Zorrilla, nº 1, 47007 Valladolid, utilizando al efecto los modelos normalizados mediante Orden PAT/175/2003.

Para cualquier consulta relacionada con la materia o sugerencia para mejorar este formulario electrónico, puede dirigirse al teléfono de información administrativa 012.

**DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA DE LA CONSEJERIA DE SANIDAD**