

MODELO ORIENTATIVO DE DOCUMENTO QUE ACREDITA A VINCULACIÓN ENTRE O PROFESIONAL SANITARIO E O CENTRO/SERVIZO/ESTABLECEMENTO SANITARIO

(presentarase uno por cada un dos profesionais sanitarios que traballen no centro/servizo/establecemento sanitario)

Centro/Servizo Sanitario	Establecemento Sanitario	
Nome do Centro/Servizo/Establecemento:		
Titularidade:	persoa física	xurídica
Nome do titular:		
NIF:		
Representante legal da entidade titular		
Nome e apelidos:		
NIF:		
Profesional sanitario		
Nome e apelidos		
NIF:		
Titulación sanitaria oficial:		

Os arriba identificados manifestan que existe un compromiso entre as partes, no senso de que o profesional presta os servizos sanitarios propios da súa titulación no centro/servizo/establecemento referido.

En proba de conformidade asíñase o presente documento.

..... , . . dede

O profesional sanitario

O titular ou representante legal do
centro/servizo/establecemento sanitario

Asdo.: _____

Asdo.: _____