

SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE CENTROS DEL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL VETERINARIO DE CANTABRIA

- | | |
|--------------------------------------|---|
| <input type="checkbox"/> Consultorio | <input type="checkbox"/> Hospital |
| <input type="checkbox"/> Clínica | <input type="checkbox"/> Centro de Referencia |

Nombre del centro: _____

Razón social: _____ N.I.F. / C.I.F. _____

Domicilio: _____ C.P. _____

Localidad: _____ Provincia: _____

Teléfono fijo: _____ Móvil: _____

Servicios: _____

(Servicio urgencias, Urgencias 24h, servicio a domicilio, servicio de ambulancia)

Otros Servicios: _____

(Peluquería, tienda de alimentos, accesorios de animales)

Titular o titulares del centro:

Nombre y apellidos: _____ nº Col. _____

Nombre y apellidos: _____ nº Col. _____

Director Facultativo:

Nombre y apellidos: _____ nº Col. _____

Nombre y apellidos: _____ nº Col. _____

Veterinarios adscritos:

Nombre y apellidos: _____ nº Col. _____

Nombre y apellidos: _____ nº Col. _____

Infraestructura y servicios:

- | | |
|---|--|
| <input type="checkbox"/> Agua potable fría y caliente | <input type="checkbox"/> Prequirófano |
| <input type="checkbox"/> Aseos y lavabo | <input type="checkbox"/> Quirófano |
| <input type="checkbox"/> Sala de recepción o espera | <input type="checkbox"/> Instalación de radiodiagnóstico legalizada propia |
| <input type="checkbox"/> Sala de Consulta (especificar nº en caso de hospital) nº | <input type="checkbox"/> Instalación de radiodiagnóstico concertada |
| <input type="checkbox"/> Material médico-quirúrgico | <input type="checkbox"/> Laboratorio |
| <input type="checkbox"/> Equipo para esterilización del material | <input type="checkbox"/> Equipamiento de laboratorio de bioquímica y hematológico propio |
| <input type="checkbox"/> Frigorífico | <input type="checkbox"/> Equipamiento de laboratorio de bioquímica y hematológico concertado |
| <input type="checkbox"/> Microscopio | <input type="checkbox"/> Sala de personal |
| <input type="checkbox"/> Termómetro | <input type="checkbox"/> Sala de aislamiento (especificar nº de jaulas) nº |
| <input type="checkbox"/> Fonendoscopio | <input type="checkbox"/> Sala de hospitalización (especificar nº de jaulas) nº |
| <input type="checkbox"/> Ambú y traqueotubos | <input type="checkbox"/> Equipamiento mínimo de ecógrafo y electrocardiógrafo |
| <input type="checkbox"/> Lector de microchips | <input type="checkbox"/> Superficie total m ² _____ |

Mediante el presente declaro que los datos facilitados y los documentos aportados son ciertos y corresponden con la realidad, asumiendo cualquier responsabilidad por la inexactitud de los mismos.

En _____, a _____ de _____ de 20 _____

El/la directora/a Facultativo

El/la propietario/a (Si fuese distinto)

Fdo:

Fdo: