SOLICITUD DE INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO DE CENTROS DEL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE VETERRINARIOS DE _____

O CONSULTORIO O CLÍNICA O HOSPITAL

O CENTRO DE REFERENCIA

Nombre del centro: _____

Razón social: _____ C.I.F. _____

Sito en _____ C.P. _____

Localidad _____ Provincia _____

Teléfono _____ Móvil _____ Fax _____

Email _____ Horario _____

Servicios: _____

(Servicio de urgencias, servicio 24 horas, servicio a domicilio, servicio de ambulancia)

Otros servicios: _____

(Peluquería, tienda de alimentos y accesorios de animales)

Titular o titulares del centro:

_____ nº col _____

_____ nº col _____

_____ nº col _____

_____ nº col _____

Director Facultativo:

_____ nº col _____

_____ nº col _____

_____ nº col _____

_____ nº col _____

_____ nº col _____

Veterinarios adscritos:

_____ nº col _____

_____ nº col _____

_____ nº col _____

_____ nº col _____

ANEXO II

Infraestructura y servicios:

	SI	NO
-Agua potable fría y caliente		
-Aseos y lavabo		
-Sala de recepción o espera		
-Sala de consulta (especificar nº en caso de hospital) nº _____		
-Material médico-quirúrgico		
-Equipo para esterilización del material		
-Frigorífico		
-Microscopio		
-Termómetro		
-Fonendoscopio		
-Ambú y traqueotubos		
-Lector de microchip		
-Prequirófano		
-Quirófano		
-Instalación de radiodiagnóstico legalizada propia		
-Instalación de radiodiagnóstico concertada		
-Laboratorio		
-Equipamiento de laboratorio de bioquímica y hematológico propio		
-Equipamiento de laboratorio de bioquímica y hematológico concertado		
-Sala de personal		
-Sala de aislamiento (especificar nº de jaulas) nº _____		
-Sala de hospitalización (especificar nº de jaulas) nº _____		
-Equipamiento mínimo de ecógrafo y electrocardiógrafo		
-Superficie total m² _____		

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 _____

El Director Facultativo

El propietario
(Si fuese distinto)

Fdo._____

Fdo._____

A esta solicitud deberá acompañarse el plano del local, distribución indicando los m², instalaciones y mobiliario.

SR. PRESIDENTE DEL ILUSTRE COLEGIO OFICIAL DE VETERINARIOS DE _____

Información básica sobre protección de datos

En el COLEGIO OFICIAL DE VETERINARIOS DE LUGO tratamos la información que nos facilita con el fin de realizar el registro de la clínica del colegiado. La base para el tratamiento es la ejecución del contrato y el cumplimiento de obligaciones legales. Le informamos que sus datos personales no se cederán a terceros salvo debido a obligaciones legales aplicables. La información será almacenada durante el tiempo que dure la colegiación, hasta que el interesado pida su cese por cualquier motivo u obliguen a su conservación otras leyes aplicables. Usted tiene derecho a obtener la confirmación sobre si en el COLEGIO OFICIAL DE VETERINARIOS DE LUGO estamos tratando sus datos personales, así como a ejercer sus derechos como interesado. Puede obtener más información dirigiéndose a Responsable: **COLEGIO OFICIAL DE VETERINARIOS DE LUGO – CIF: Q2771001A – Dir. Postal: RÚA RAMÓN Y CAJAL, 2 – 3º, 27001, LUGO (LUGO) – Teléfono: 982241193 Email: lugo@colvet.es**