

Nº del Expediente

D. _____ con D.N.I. Nº _____

Domicilio en _____ calle o plaza _____ nº _____

Teléfono _____ como _____ de la Firma Comercial.
(Propietario, Apoderado, etc)

A CUBRIR SI SE TRATA DE EMPRESA INDIVIDUAL

Nombre y apellidos del propietario:

Domicilio:

D.N.I.

Teléfono:

A CUBRIR SI SE TRATA DE PERSONA JURÍDICA

Nombre de la razón social:

Clase de Sociedad:

Domicilio de la sede social

Teléfono:

Solicita su admisión en el Expediente arriba indicado convocado por este Hospital, manifestando previamente su conformidad con todas y cada una de las Condiciones del Pliego del mismo

Fecha y firma del solicitante.