# DIRECTOR TÉCNICO o RESPONSABLE MÁXIMO SANITARIO

( NOMBRAMIENTO )

**D**. ..........................................................................................................

con D.N.I. .....................................................................,

y domicilio a efectos de notificaciones en . .....................................................................,

actuando: en nombre propio

 o como representante de la Sociedad .....................................................................

con C.I.F. .....................................................................,

como titular del Centro, Servicio y Establecimiento Sanitario .........................................................................................................................,

sito en ....................................................................................................., por la presente, **NOMBRO** COMO **DIRECTOR TÉCNICO** Y MÁXIMO RESPONSABLE SANITARIO, de dicho Centro/ Servicio o Establecimiento Sanitario a

D................................................................................................................................................, colegiado nº................................................, con D.N.I. ............................................................

En Murcia a 07/02/2025

Fdo.: .......................................................................

**D**.................................................................................................................................................., colegiado nº ...................................... , con D.N.I. .........................................................., por la presente **ACEPTO** EL **NOMBRAMIENTO** DE DIRECTOR TÉCNICO O RESPONSABLE MÁXIMO SANITARIO del Centro/ Servicio/ Establecimiento Sanitario arriba indicado.

Murcia a 07/02/2025

Fdo.:............................................................................