



ANEXO I

SOLICITUD DE HABILITACIÓN DE PERSONAS FÍSICAS O JURÍDICAS PARA LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS SANITARIOS EN EL MARCO DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DENTAL INFANTIL (PADI) DE NAVARRA

D/Dña.:	NIF nº:
con domicilio en la localidad de:	C. Postal:
Calle:	Nº y piso:

En nombre propio o en representación de:

Persona Jurídica:	NIF nº:
con domicilio en la localidad de:	C. Postal:
Calle:	Nº y piso:

SOLICITA:

La habilitación por parte del Servicio Navarro de Salud/Osasunbidea (SNS/O) para prestar servicios sanitarios en el marco del PADI de Navarra, y, a tal efecto

DECLARA:

1. Que la/s clínica/s dental/es donde se va a prestar la atención dispone/n de autorización de funcionamiento como centro sanitario por parte del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, siendo la dirección de las mismas:

Localidad	CP	Calle	Nº y piso	Teléfono

2. Estar al corriente en el cumplimiento de las obligaciones tributarias impuestas por las disposiciones vigentes.
3. Estar al corriente en el cumplimiento de las obligaciones con la Seguridad Social.
4. Estar al corriente en el cumplimiento de las obligaciones en materia de seguridad y salud en el trabajo y prevención de riesgos laborales impuestas por las disposiciones vigentes.
5. Que se compromete a cumplir las instrucciones y recomendaciones del Servicio Navarro de Salud/Osasunbidea.
6. Que se compromete a colaborar con el citado organismo, facilitando si fuera requerido para ello la información y actuaciones necesarias para realizar el control del desarrollo e implantación del Programa.
7. Que cumple con la normativa vigente en materia de protección de datos de carácter personal, respetando el carácter confidencial de aquella información a la que se tenga acceso con ocasión de la ejecución de la prestación.

8. Que los datos de los profesionales que prestarán los servicios del PADI son:

Apellidos	Nombre	Nº Colegiación	Vasco-parlante		DNI
			Sí	No	

9. Que la consulta donde trabaja cada profesional es:

Apellidos	Nombre	Consulta

10. Que dichos profesionales tienen la titulación de odontólogo/médico especialista en estomatología, que posibilita su actuación profesional de acuerdo con la normativa vigente.

11. Que dichos profesionales cumplen con la legislación vigente sobre Colegios Profesionales.

12. Que dichos profesionales tienen en vigor una póliza de responsabilidad civil profesional que cubre los posibles daños ocasionados a los pacientes incluidos en el Programa, con un importe superior a 300.000 euros anuales.

13. Que se compromete a cumplir las instrucciones y recomendaciones del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea.

14. Que garantiza la veracidad de los datos y documentación aportada, comprometiéndome a poner a disposición del Servicio Navarro de Salud-Osasunbidea a su requerimiento cualquier documento original.

15. Que, a efectos de notificaciones para completar o subsanar la documentación presentada o para solicitar aclaraciones complementarias, el correo electrónico es el siguiente:

Correo electrónico:

@

En _____ a _____ de _____ de 20__

Firma:

Documentación a aportar junto con al Anexo I

1. Identificación del solicitante:
 - a) En el caso de Personas Físicas: Copia del Documento Nacional de Identidad (DNI), o documento que reglamentariamente le sustituya, del titular de la clínica dental.
 - b) En el caso de Personas Jurídicas:
 - Copia de la escritura de constitución de la sociedad o, en su caso, de modificación, inscritas en el Registro Mercantil cuando este requisito fuere exigible conforme a la legislación mercantil que le sea aplicable. Si no lo fuere, la acreditación de la capacidad de obrar se realizará mediante la escritura o documento de constitución, de modificación, estatutos o acto fundacional, en el que constaren las normas por las que se regula su actividad, inscritos en su caso en el correspondiente Registro Oficial.
 - Copia del Poder notarial, inscrito en el Registro Mercantil si este requisito fuera exigible conforme a la legislación registral, a favor de la persona que hubiere firmado la solicitud en representación de la persona jurídica, y del D.N.I., o documento que reglamentariamente le sustituya, de la persona apoderada.
2. Justificante de pago de la cuota del Colegio Oficial de Odontólogos o Estomatólogos de todos los odontólogos o médicos estomatólogos que vayan a prestar la atención en el marco del PADI.
3. Justificante de pago del seguro de responsabilidad civil por riesgos profesionales de cada odontólogo o médico estomatólogo que vaya a prestar la atención del PADI, con una cobertura mínima de cada uno de ellos de 300.000 euros anuales. Si dicha cobertura no aparece en el justificante de pago se adjuntará también una copia de la póliza.