



II. ERANSKINA
ADIERAZPENA, NAFARROAKO HAURREN AHO-HORTZETAKO LAGUNTZA EMATEKO PROGRAMARAKO
(PADI)

Izen-deiturak:	IFZ:
Helbidea: Herria:	Posta kodea:
Kalea:	Zk. eta solairua:

Bere izenean edo honako hau ordezkatzuz :

Pertsona juridikoa:	IFZ:
Helbidea: Herria:	Posta kodea:
Kalea:	Zk. eta solairua:

ADIERAZTEN DU:

Jarraitzen du Nafarroan PADIren esparruan zerbitzuak emateko gaikuntza lortzeko eskatzen diren baldintza guztiak betetzen.

_____ (e)n, 20 ____ (e)ko _____ aren _____ (e)(a)n

Sinadura

Aldaketak jakinarazi behar badira

ESKATZEN DU indarreko gaikuntzari dagokionez jarraian aipatzen diren baldintzak aldatzea:

A. PADI-RAKO BAIMENDUTAKO KONTSULTEN aldaketak:

BAJA eman nahi zaie hauei:

Herria	P.K.	Kalea	Zk. eta solairua

ALTA eman nahi zaie hauei:

Herria	P.K.	Kalea	Zk. eta solairua	Telefonoa



--	--	--	--	--

Adierazten du aurreko hartz klinikak/klinikek baduela/badutela Nafarroako Gobernuko Osasun Departamentuak osasun zentro gisa funtzionatzeko emandako baimena.

B. Gaikuntzaren esparruan ZERBITZUAK EMATEN DITUZTEN DENTISTEN aldaketak:

BAJA eman nahi zaie hauei:

Abizenak	Izena	Elkargoko zk.

ALTA eman nahi zaie hauei:

Abizenak	Izena	Elkargoko zk.	Euskalduna		NANa
			Bai	Ez	

Profesional bakoitzak lan egiten duen kontsulta hau da:

Abizenak	Izena	Kontsulta

Dentista berri bakoitzari buruz aurkeztu beharreko dokumentazioa:

1. Dagokion lanbide elkargoaren azken kuotaren ordainagiria.
2. Arrisku profesionalengatiko erantzukizun zibileko aseguruaren ordainagiria; aseguruak urteko 300.000 euroko estaldura izanen du gutxienez. Estaldura hori ez bada aipatzen ordainagirian, polizaren kopia bat ere erantsiko da.

_____ (e)n, 20 ____ (e)ko _____ aren _____ (e)(a)n

Sinadura