

A. DATOS IDENTIFICATIVOS DEL SOLICITANTE

| | | | | | |
|------------------------------------------------------------|----------------------------------------|----------|--------------|---------|----|
| APELLIDOS | | NOMBRE | | DNI/NIE | |
| DOMICILIO (CALLE O PLAZA, NÚMERO, PUERTA, PISO, LETRA) (*) | | | | | CP |
| LOCALIDAD | PROVINCIA | TELÉFONO | FAX / E-MAIL | | |
| TITULAR <input type="checkbox"/> | REPRESENTANTE <input type="checkbox"/> | | | | |

B. DATOS IDENTIFICATIVOS DEL CENTRO, SERVICIO O ESTABLECIMIENTO SANITARIO

| | | | | | |
|--------------------------------------------------------|----------|-----|--------|-----------|--|
| DENOMINACIÓN DEL CENTRO | | | | | |
| DOMICILIO (CALLE O PLAZA, NÚMERO, PUERTA, PISO, LETRA) | | | CP | LOCALIDAD | |
| PROVINCIA | TELÉFONO | FAX | E-MAIL | | |
| Nº DE REGISTRO SANITARIO | | | | | |

C. ACTUACIÓN QUE SE SOLICITA (Señalar con una "X")

| | | |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <ul style="list-style-type: none"> ▪ AUTORIZACIÓN <input type="checkbox"/> ▪ RENOVACIÓN <input type="checkbox"/> ▪ MODIFICACIÓN <input type="checkbox"/> | <ul style="list-style-type: none"> ▪ TIPO DE PUBLICIDAD | <ul style="list-style-type: none"> ▪ Productos <input type="checkbox"/> ▪ Servicios <input type="checkbox"/> ▪ Centros/Establecimientos <input type="checkbox"/> |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

D. DOCUMENTACIÓN QUE SE APORTA (Señalar con una "X")

| |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> Bocetos o pruebas de imprenta en soporte papel. (3 ejemplares) |
| <input type="checkbox"/> Imágenes en soporte analógico o digital. (3 ejemplares) |
| <input type="checkbox"/> Documento sonoro en soporte analógico o digital. (3 ejemplares) |
| <input type="checkbox"/> Especificar el nombre del medio o medios de difusión. |
| <input type="checkbox"/> Autorización o denegación de la publicidad solicitada. (Si la autorización o denegación no es de la C. A. de Cantabria) |
| <input type="checkbox"/> Fotocopia compulsada de la Autorización del funcionamiento del centro. (Si no es de la C.A. de Cantabria) |
| <input type="checkbox"/> Otros documentos. (Indicar): |

| | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>En los documentos publicitarios deberán incluir:</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Identificación del profesional sanitario mediante su Nº de Colegiación. ▪ Espacio para su Nº Registro Sanitario. | <p>Si esta documentación ya hubiese sido presentada ante otra Administración Pública, no es preciso volver a presentarla en la tramitación de la presente autorización, debiendo indicar la fecha en que fue presentada y la Administración que recibió dicha documentación.</p> <p><input type="checkbox"/> SI Autorizo a la Administración que tramita esta solicitud a la consulta de los datos que afecten al procedimiento y que sean los estrictamente necesarios y determinados por la normativa.</p> <p>En caso contrario, en el que no otorgue el consentimiento para la consulta, marque la siguiente casilla:</p> <p><input type="checkbox"/> NO doy mi consentimiento para que se consulten los datos específicos para la resolución de la presente solicitud y aporte los datos y certificados requeridos en la presente solicitud.</p> |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|

| | | |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES VINCULADOS AL TRATAMIENTO DE GESTIÓN DEL REGISTRO DE CENTROS, SERVICIOS Y ESTABLECIMIENTOS SANITARIOS DE CANTABRIA. | | <p>Antes de firmar la solicitud, debe leer la información básica sobre protección de datos que figura a la izquierda de este recuadro.</p> <p>Santander _____ a _____ de _____ de 202__</p> <p style="text-align: center;"><i>El/la solicitante</i></p> <p style="text-align: center;">Firma: _____</p> <p>(*) Domicilio a efectos de notificación.</p> |
| Responsable del tratamiento | Dirección General de Ordenación, Farmacia e Inspección y Servicio de Ordenación Sanitaria. | |
| Finalidad | Regular la publicidad sanitaria que, respecto a los centros, servicios y establecimientos sanitarios, se realice en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Cantabria, en desarrollo de la normativa básica del Estado. Así mismo, tiene por objeto regular la participación de los Colegios Profesionales del ámbito sanitario presentes en esta Comunidad en el procedimiento de autorización de dicha publicidad. | |
| Legitimación | El tratamiento es necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento. El tratamiento es necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento. (RGPD, artículo 6.1, puntos c y e). | |
| Destinatarios | Tanto los anunciantes como las agencias de publicidad y medios de difusión en representación de las personas interesadas. | |
| Derechos | El interesado tiene derecho de acceso, rectificación, supresión y resto de derechos que se explican en la información adicional. | |
| Información adicional | Puede consultar la información adicional y detallada sobre Protección de Datos en la siguiente página web: http://saludcantabria.es/index.php?page=PDSG | |