



SOL-LICITUD D'AUTORITZACIÓ SANITÀRIA DE FUNCIONAMENT PER ESTABLIMENTS DE MENJARS PREPARATS

DADES DEL TITULAR:

Nom i cognoms o Raó social		DNI/NIF/CIF	
Domicili social			
Municipi		Codi postal	
Telèfon	Fax	Correu electrònic	
Nom i cognoms del representant		DNI/NIF	Telèfon

EXPOSO:

Que en representació de l'establiment: (marcar amb una creu el que calgui)

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Restaurant / Restaurant Bar / Bar | <input type="checkbox"/> Saló recreatiu / bingo sense restaurant |
| <input type="checkbox"/> Instal·lació juvenil | <input type="checkbox"/> Menjador col·lectiu d'empresa |
| <input type="checkbox"/> Hostal i Aparthotel | <input type="checkbox"/> Menjador col·lectiu d'hospital / clínica |
| <input type="checkbox"/> Residència geriàtrica | <input type="checkbox"/> Venda de Menjars Preparats |
| <input type="checkbox"/> Residència infantil / juvenil | <input type="checkbox"/> Elaboració i Venda de Menjars preparats |
| <input type="checkbox"/> Centre per a disminuïts psíquics / físics | <input type="checkbox"/> Centre docent |
| <input type="checkbox"/> Llar d'infants | <input type="checkbox"/> Bingo amb restaurant o Bar |

DADES DEL ESTABLIMENT:

Denominació comercial		
Adreça		
Telèfon	Fax	Correu electrònic

DOCUMENTS ADJUNTS

- Darrera acta d'inspecció sanitària.
- Memòria descriptiva.

SOL-LICITO:

- Autorització sanitària de funcionament
 - Altres:
-

DECLARO: L'exactitud i certesa de les dades ressenyades en la present sol·licitud.

Signatura del sol·licitant Vilanova i la Geltrú, ____ d _____ de 200_

D'acord amb la Llei 15/1999, de 13 de desembre, de protecció de dades de caràcter personal, s'informa a la persona interessada que les dades facilitades seran incloses en el nostre fitxer. Així mateix, s'informa a la persona interessada de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, en els termes inclosos a la legislació vigent.