

DATOS DE LA ENTIDAD AUTORIZADA PARA LA PRÁCTICA DE RIESGO POR RADIACIONES IONIZANTES

RAZÓN SOCIAL		N.I.F.
DIRECCIÓN		
MUNICIPIO	CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA
TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	
SERVICIO DE SALUD (RELLENAR SÓLO INSTITUCIONES PÚBLICAS)		

REPRESENTANTE DEL TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN

NOMBRE Y APELLIDOS		N.I.F.
CARGO	DATOS DE NOMBRAMIENTO (BOE, ACUERDO DE ADMINISTRACIÓN DE LA EMPRESA, ...ETC.)	
TELÉFONO	CORREO ELECTRÓNICO	
DIRECCIÓN		
MUNICIPIO	CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA

DATOS DE LA LIQUIDACIÓN

RAZÓN SOCIAL (DEL RECEPTOR)		N.I.F.
DIRECCIÓN		
MUNICIPIO	CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA

DATOS DE REMISIÓN DE LA LIQUIDACIÓN ⁽¹⁾

RAZÓN SOCIAL		N.I.F.
DIRECCIÓN		
MUNICIPIO	CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA

DATOS DEL DEPARTAMENTO DE GESTIÓN ECONÓMICA

NOMBRE DEL DEPARTAMENTO / UNIDAD	TELÉFONO
CORREO ELECTRÓNICO	

(1) RELLENÉSE EN EL CASO DE QUE LA DIRECCIÓN DE LOS DATOS DE LA REMISIÓN DE LA LIQUIDACIÓN SEA DISTINTA A LA DIRECCIÓN QUE FIGURA EN LOS DATOS DE LA LIQUIDACIÓN.

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN

....., A.....DE.....DE.....



MINISTERIO
DE SANIDAD

INSTITUTO
NACIONAL DE
GESTIÓN SANITARIA



CENTRO
NACIONAL DE
DOSIMETRÍA

ALTA / ACTUALIZACIÓN DE DATOS DE ENTIDAD TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN

GA-F01 (2020)

NOTAS ACLARATORIAS AL FORMULARIO

ENTIDAD AUTORIZADA SOLICITANTE

La **Entidad Autorizada Solicitante** es la institución titular de las instalaciones radiactivas responsable de la Seguridad Radiológica de las mismas ante el Consejo de Seguridad Nuclear.

REPRESENTANTE DEL TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN

El **Representante** es la persona titular responsable de la Entidad Autorizada Solicitante que deberá suscribir las Condiciones Generales del Servicio de Dosimetría Personal Externa. Con ello, quedará acreditado ante el Consejo de Seguridad Nuclear el cumplimiento de la normativa vigente en materia de protección radiológica por parte de la Entidad Autorizada Solicitante.

Los **Datos del Nombramiento** se refieren al identificador del Diario Oficial donde se publique el nombramiento de dicha persona o al Acuerdo del Consejo de Administración en caso de que la institución adopte forma societaria.

DATOS DE LA LIQUIDACIÓN

Los **Datos de la Liquidación** son los que figurarán en las tres copias del modelo oficial. Es importante que figure la razón social y el NIF de la caja pagadora que se hará cargo de la liquidación para poder beneficiarse de la rebaja en la tarifa según tramos.

Los **Datos de Remisión de la Liquidación** hacen referencia únicamente a la dirección postal donde desee recibir el modelo de liquidación.

Los **Datos del Departamento de Gestión Económica** son necesarios para poder contactar en caso de incidencias en relación a la tramitación de los pagos. Rogamos que cuando ordenen las transferencias indiquen el "Nº de liquidación" que figura en el modelo.

CORREO ELECTRÓNICO:

gerencia.cnd@ingesa.sanidad.gob.es

AV. CAMPANAR, 21
46009 VALENCIA
TEL.: 96 349 72 55
FAX: 96 340 80 49

INSTITUCIONES DOSIMÉTRICAS A CARGO DE LA ENTIDAD AUTORIZADA

NOMBRE		CÓDIGO DE INSTITUCIÓN (2)
DIRECCIÓN		
MUNICIPIO	CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA

INSTITUCIONES DOSIMÉTRICAS A CARGO DE LA ENTIDAD AUTORIZADA

NOMBRE		CÓDIGO DE INSTITUCIÓN (2)
DIRECCIÓN		
MUNICIPIO	CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA

INSTITUCIONES DOSIMÉTRICAS A CARGO DE LA ENTIDAD AUTORIZADA

NOMBRE		CÓDIGO DE INSTITUCIÓN (2)
DIRECCIÓN		
MUNICIPIO	CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA

INSTITUCIONES DOSIMÉTRICAS A CARGO DE LA ENTIDAD AUTORIZADA

NOMBRE		CÓDIGO DE INSTITUCIÓN (2)
DIRECCIÓN		
MUNICIPIO	CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA

INSTITUCIONES DOSIMÉTRICAS A CARGO DE LA ENTIDAD AUTORIZADA

NOMBRE		CÓDIGO DE INSTITUCIÓN (2)
DIRECCIÓN		
MUNICIPIO	CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA

INSTITUCIONES DOSIMÉTRICAS A CARGO DE LA ENTIDAD AUTORIZADA

NOMBRE		CÓDIGO DE INSTITUCIÓN (2)
DIRECCIÓN		
MUNICIPIO	CÓDIGO POSTAL	PROVINCIA

(2) RELLENÉSE EN EL CASO DE QUE LA INSTITUCIÓN DOSIMÉTRICA ESTÉ DADA DE ALTA EN LA ACTUALIDAD EN EL CND.

FIRMA DEL REPRESENTANTE DEL TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN

....., A.....DE.....DE.....



MINISTERIO
DE SANIDAD

INSTITUTO
NACIONAL DE
GESTIÓN SANITARIA



CENTRO
NACIONAL DE
DOSIMETRÍA

ALTA / ACTUALIZACIÓN DE DATOS DE ENTIDAD TITULAR DE LA AUTORIZACIÓN

GA-F01 (2020)

NOTAS ACLARATORIAS AL FORMULARIO

INSTITUCIONES DOSIMÉTRICAS A CARGO DE LA ENTIDAD AUTORIZADA

Las **Instituciones Dosimétricas** son los establecimientos sanitarios que disponen de instalaciones radiactivas o de radiodiagnóstico cuyo personal es usuario del Servicio de Dosimetría Personal Externa que ofrece el Centro Nacional de Dosimetría.

Esta información es necesaria para que el CND pueda aplicar la tarifa reducida en función del número de historiales dosimétricos de alta a cargo de la Entidad Autorizada Solicitante. Rogamos que impriman tantas las hojas adicionales como sean necesarias.

Por ejemplo, en caso de que una Gerencia de Atención Primaria deseara contar con el Servicio de Dosimetría Personal Externa que ofrece el CND, dicha Gerencia sería la Entidad Autorizada Solicitante. Ese centro directivo tendría que indicar todos sus establecimientos sanitarios o centros de salud donde se realizan prácticas con riesgo de irradiación en el formulario de Instituciones Dosimétricas. De este modo, todos los historiales dosimétricos de alta en cada Institución Dosimétrica que dependan de una misma Entidad Autorizada Solicitante podrán contabilizarse juntos a efectos de calcular el tramo de tarifa más ventajoso.