**ANEXO III DECLARACIÓN DE ADSCRIPCIÓN DE MEDIOS**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Expediente Nº:** | *indicar el nº del expediente* | | | | | |
| **NOMBRE/RAZÓN SOCIAL:** | | Indicar la razón social de la empresa o el nombre del empresario individual | | | | |
| **NIF/NIE/VIES/DUNS:** | | Indicar el cif / nif | | | | |
| **DIRECCIÓN POSTAL:** | | Indicar la dirección postal completa | | | | |
| **PERSONA(S) DE CONTACTO:** | | NOMBRE: | Indicar el nombre completo | | | |
| TELÉFONO 🕿: | Indicar el nº de teléfono | | FAX 🖶: | Indicar el nº de fax |
| CORREO ELECTRÓNICO 🖳: | | Indicar el email | | |

**REPRESENTANTE:**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Nombre y apellidos: | | Indicar el representante | | | DNI.: | **Indicar nif** |
| Cargo *(capacidad con la que actúa):* | | Indicar el cargo dentro de la empresa con el que actúa | | | | |
| Dirección Postal: | | Indicar la dirección postal completa | | | | |
| Teléfono 🕿: | Indicar el nº de teléfono | FAX 🖶: | Indicar el nº de fax | E-Mail 🖳: | Indicar el email | |
| información detallada sobre la representación (formas, alcance, finalidad ... ): indicar el tipo de apoderamiento que tiene (solidario, mancomunado, etc) | | | | | | |

**HACE CONSTAR,**

Que el licitador dispone de las instalaciones, equipamiento y servicios sanitarios autorizados conforme el Real Decreto 1277/2003 por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios, y la normativa de la comunidad autónoma correspondiente según resolución en vigor que se adjunta.

Que estos medios personales y materiales formarán parte de la propuesta presentada y, por lo tanto, del contrato que se formalice en caso de resultar adjudicatario/a.

Que, por este motivo, estos medios se mantendrán por la empresa, en caso de resultar adjudicataria, durante todo el tiempo de realización de la prestación de objeto de la presente licitación, con el compromiso de comunicar a **umivale Activa** cualquier variación respecto a los mismos.

Que dispone de, al menos**, UN (1) TITULADO/A EN CADA UNA DE LAS ESPECIALIDADES EXIGIDAS (fisioterapia hospitalaria, traumatología y cirugía ortopédica; pruebas diagnósticas y analíticas), a excepción de los servicios destinados a urgencias 24h, en donde se exigen TRES (3) TITULADOS/AS**, tal como se indica en el Pliego de Prescripciones Técnicas,

Que el centro al que represento prestará los servicios requeridos en la presente licitación con el personal (mínimo) que se indica a continuación

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **Servicio asignado** | **Horario del SERVICIO** | **Nombre** | **Apellidos** | **DNI** | **Titulación** |
| Urgencias |  |  |  |  |  |
| Urgencias |  |  |  |  |  |
| Urgencias |  |  |  |  |  |
| Fisioterapia Hospitalaria |  |  |  |  |  |
| Traumatología y Cirugía Ortopédica |  |  |  |  |  |
| Pruebas Diagnósticas |  |  |  |  |  |
| Analíticas |  |  |  |  |  |

.

En ………….............. a……. de ..…..……………de 20…

***\**** *Deben aportar para cada uno de los profesionales indicados: copia del DNI + copia de la titulación exigida + documento que acredite la relación laboral o mercantil del profesional Sanitario con el Centro Hospitalario*