



MINISTERIO
DE SANIDAD



SECRETARÍA DE ESTADO
DE SANIDAD

DIRECCIÓN GENERAL
DE ORDENACIÓN PROFESIONAL

SUBDIRECCIÓN GENERAL
DE COHESIÓN Y ALTA INSPECCIÓN
DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

SOLICITUD DE ALTA EN REPS¹ CENTROS REGCESS

Datos del centro

Nombre del centro

Comunidad autónoma

Código autonómico del centro²

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Datos del responsable del centro

Nombre del responsable

Apellidos del responsable

NIF del responsable

Correo electrónico del responsable

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Teléfono de contacto

Fecha

<input type="text"/>	<input type="text"/>
----------------------	----------------------

Declaro que los datos que figuran en mi solicitud de registro son ciertos, asumiendo en caso contrario las responsabilidades que pudieran derivarse de su inexactitud.

Firma del/la responsable,

El presente formulario deberá ser firmado,
imprescindiblemente, con [certificado electrónico](#).

¹ [Orden SSI/890/2017, de 15 de septiembre](#), por la que se desarrolla el Real Decreto 640/2014, de 25 de julio, por el que se regula el Registro Estatal de Profesionales Sanitarios.

² Consulte el Registro de centros, establecimientos y servicios sanitarios ([REGCESS](#)), si no lo recuerda.