

DOCUMENTO DE VINCULACIÓN

ENTRE PROFESIONAL SANITARIO E CENTRO SANITARIO

CENTRO SANITARIO

Nome :

Titularidade :

C.I.F/N.I.F:

Enderezo :

C.P. : 27

LOCALIDADE :

PROVINCIA: LUGO

REPRESENTANTE DO CENTRO

Nome e apelidos :

D.N.I. :

En calidade de :

PROFESIONAL SANITARIO

Apelidos e Nome :

D.N.I. :

Titulación sanitaria oficial :

Os arriba identificados manifiestan que existe un compromiso entre ámbalas dúas partes, no senso de que o profesional presta os servizos sanitarios propios da súa titulación no centro referido, con coñecemento e compromiso de cumprimento das súas normas de organización e funcionamento.

E en proba de conformidade, asinan o presente documento.

En _____, a de de _____ 201

O profesional sanitario

O representante do centro

Asdo.:

Asdo: