

SOLICITUD PARA LA OBTENCIÓN DEL SELLO DE CALIDAD

APARTADO: CENTROS DE TERAPIAS NATURALES

NOMBRE DEL CENTRO _____

NOMBRE _____ APELLIDOS _____

FECHA NACIM. _____

DNI _____ DOMICILIO _____

PROVINCIA _____

LOCALIDAD _____ CP _____ TELEFONO _____

WEB _____

ESPECIALIDADES OFERTADAS:

NÚMERO DE TRABAJADORES (socios y/o colaboradores) _____

TERAPEUTAS NATURALES _____ PERSONAL ADMINISTRATIVO _____

OTROS _____. (adjuntar contratos y recibos de la S.S.)

REQUISITOS (marque con una cruz lo que proceda y rellene los espacios):

- ☐ PERMISO DE APERTURA. _____ AÑO _____ (adjuntar copia).
- ☐ FECHA DE ALTA EN LA SEGURIDAD SOCIAL _____ (copia)
- ☐ SEGURO DE RESPONSABILIDAD CIVIL (adjuntar copia recibo).
- ☐ R.G.P.D.
- ☐ CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Si publicitas tu negocio:

- ☐ FACEBOOK. _____
- ☐ INSTAGRAM. _____
- ☐ WEB. _____
- ☐ OTROS. _____
- ☐ TARJETA DE VISITA (adjuntar).

NOTA: TODOS LOS DATOS Y DOCUMENTOS SERAN TRATADOS Y ADMINISTRADOS SEGÚN NORMATIVA R.G.P.D.