

ANEXO IX

BOLETIN ADHESIÓN CENTROS SANITARIOS

BOLETIN **DE ADHESION DE LOS CENTROS SANITARIOS** AL CONVENIO MARCO DE COLABORACIÓN PARA EL TRATAMIENTO Y REHABILITACIÓN DEL DAÑO CEREBRAL SOBREVENIDO COMO CONSECUENCIA DE HECHOS DE LA CIRCULACIÓN (2023-2026)

Centro Sanitario: _____
CIF _____

Responsable del Centro Sanitario que **formula la solicitud de adhesión:**

D/Dª

Cargo

Teléfono: _____ correo electrónico: _____

La persona arriba indicada, con poder de representación del Centro Sanitario **manifiesta la voluntad de adhesión al Convenio.**

Asimismo, certifica que el Centro Asistencial cumple con todos y cada uno de los criterios y requisitos establecidos en el Convenio para su incorporación al mismo.

Por lo que solicita la incorporación del Centro Sanitario al Convenio Marco de Asistencia Sanitaria Privada derivada de accidentes de tráfico con daño cerebral para los ejercicios 2023-2026 comprometiéndose al estricto cumplimiento de las estipulaciones previstas en el mismo.

En, _____ a _____ de _____ de 202..

Firma

Sello del centro