

SOLICITUD DE INGRESO P.A.D.

TIPO DE CENTRO O SERVICIO:

Residencia () Centro de día () Ayuda domiciliaria () Teleasistencia ()
Otro (especificar) _____

¿Pertenece a otra asociación del sector? -----

NOMBRE DEL CENTRO O SERVICIO:

Dirección del centro _____

Población _____ Código Postal _____

Nº de Autorización Administrativa del centro _____

Número de plazas autorizada en residencia-----

Número de plazas en centro de día-- -----

Número de trabajadores _____

DENOMINACIÓN SOCIAL:

Dirección Social _____

Población _____ Código Postal _____

CIF _____

DATOS DE CONTACTO:

Teléfono _____ Fax _____

E - Mail _____

Representante ante P.A.D _____

Persona de Contacto _____

Datos bancarios _____

El que suscribe declara recibir los Estatutos de la Plataforma de tención a la Dependencia (P.A.D) y se compromete a cumplir las normas estatutarias que la rigen,

En _____ a _____ de

FIRMADO EL SOLICITANTE