

**SOLICITUD DE REVALIDACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN SANITARIA DE  
FABRICANTES DE PRODUCTOS SANITARIOS A MEDIDA.**

D./Dña.....

con N.I.F. ....

En representación de.....

Con domicilio o sede social en (*calle, nº, código postal, localidad, provincia*): .....

Teléfono..... Correo electrónico.....

Declara que desea mantener en vigor en las mismas condiciones contenidas en su  
autorización sanitaria, la licencia de funcionamiento nº .....

Por lo que presenta en (*lugar, fecha, día, mes, año*) .....

La correspondiente solicitud para que se proceda a su revalidación en cumplimiento  
de lo dispuesto en el artículo 100 de la Ley 14/86, de 25 de abril, General de Sanidad  
y acompaña el justificante de abono de la correspondiente tasa.

Fdo.: El interesado (*nombre y apellidos*)

Servicio Provincial de Sanidad, Bienestar Social y Familia