



COMUNICACIÓ DE INSTAL·LACIÓ D'UN DESFIBRIL·LADOR AUTOMÀTIC O SEMIAUTOMÀTIC EXTERN FORA DE L'ÀMBIT SANITARI
COMUNICACIÓN DE LA INSTALACIÓN DE UN DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO O SEMIAUTOMÁTICO EXTERNO FUERA DEL ÁMBITO SANITARIO

FORMULARI 8 / FORMULARIO 8

A DADES DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL DESFIBRIL·LADOR / DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL DESFIBRILADOR

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI	
ADREÇA (CARRER O PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE O PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			
CP	LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO
D'acord amb el Reial 365/2009, de 20 de març, pel qual s'estableixen les condicions i requisits mínims de seguretat i qualitat en la utilització de desfibril·ladors automàtics i semiautomàtics externs fora de l'àmbit sanitari. De conformidad a lo dispuesto en el Real Decreto 365/2009, de 20 de marzo, por el que se establecen las condiciones y requisitos mínimos de seguridad y calidad en la utilización de desfibriladores automáticos y semiautomáticos externos fuera del ámbito sanitario.			

B DADES DEL CENTRE D'UBICACIÓ / DATOS DEL CENTRO DE UBICACIÓN

CENTRE D'UBICACIÓ DEL DESFIBRIL·LADOR / CENTRO DE UBICACIÓN DEL DESFIBRILADOR			
DESCRIPCIÓ DETALLADA DEL PUNT D'UBICACIÓ DEL DESFIBRIL·LADOR) / DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PUNTO DE UBICACIÓN DEL DESFIBRILADOR ()			
COORDENADES DE GEORREFERENCIACIÓ O GEOLOCALITZACIÓ / COORDENADAS GEORREFERENCIACIÓN O GEOLOCALIZACIÓN			
X	Y		
TITULAR DEL CENTRE D'UBICACIÓ / TITULAR DEL CENTRO DE UBICACIÓN		DNI O NIF O CIF DEL TITULAR	
ADREÇA (CARRER O PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE O PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			
CP	LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO
CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO		URL (WEB) DEL CENTRE D'UBICACIÓ / URL (WEB) DEL CENTRO DE UBICACIÓN	

C DADES DEL DESFIBRIL·LADOR / DATOS DEL DESFIBRILADOR

MARCA:	MODEL / MODELO	Nº DE SÈRIE DEL DESFIBRIL·LADOR / Nº DE SERIE DEL DESFIBRILADOR
--------	----------------	---

D TIPUS DE COMUNICACIÓ / TIPO DE COMUNICACIÓN

INSTAL·LACIÓ INSTALACIÓN	MODIFICACIÓ DE DADES REGISTRALS MODIFICACIÓN DE DATOS REGISTRALES BAIXA DESFIBRIL·LADOR BAJA DEL DESFIBRILADOR	Núm. DE REGISTRE: / Nº DE REGISTRO:
-----------------------------	---	-------------------------------------

E DECLARACIÓ RESPONSABLE / DECLARACIÓN RESPONSABLE

La persona sotasignat comunica la instal·lació d'un desfibril·lador i fa declaració responsable de què les dades que conté esta comunicació són certs, disposant de la documentació que ho acredita i sota la seua responsabilitat es compromet a:
La persona abajo firmante comunica la instalación de un desfibrilador y hace declaración responsable de que los datos que contiene esta comunicación son ciertos, disponiendo de la documentación que lo acredita y bajo su responsabilidad se compromete a:

Un adequat manteniment i conservació del desfibril·lador conformement amb les especificacions del fabricant.
Un adecuado mantenimiento y conservación del desfibrilador conforme a las especificaciones del fabricante.

Comunicar al Centre d'Informació i Coordinació d'Urgències provincial la utilització del desfibril·lador, en les 72 hores següents a haver-se produït el fet.
Comunicar al Centro de Información y Coordinación de Urgencias provincial la utilización del desfibrilador, en las 72 horas siguientes a haberse producido el hecho.

En el cas de centres als quals li siga obligatòria la seua instal·lació, disposar de personal habilitat per al maneig del desfibril·lador, durant l'horari d'obertura dels locals en els quals se situe.

En el caso de centros a los que le sea obligatoria su instalación, disponer de personal habilitado para el manejo del desfibrilador, durante el horario de apertura de los locales en los que se ubique.

Notificar qualsevol modificació de les dades anteriors, inclosa la baixa del desfibril·lador
Notificar cualquier modificación de los datos anteriores, incluida la baja del desfibrilador.

_____, ____ d _____ de ____

Firma: _____
El sol·licitant / El solicitante

Les dades de caràcter personal que conté aquest imprés es poden incloure en un fitxer el tractament del qual gestiona aquest òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, fent ús de les funcions que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Li informem que pot exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, d'acord amb l'article 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE número 298, de 14.12.1999).

Los datos de carácter personal que contiene este impreso se pueden incluir en un fichero cuyo tratamiento gestiona este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Se le informa de que puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, de conformidad con el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14.12.1999).

REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT
FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE



COMUNICACIÓ DE INSTAL·LACIÓ D'UN DESFIBRIL·LADOR AUTOMÀTIC O SEMIAUTOMÀTIC EXTERN FORA DE L'ÀMBIT SANITARI
COMUNICACIÓN DE LA INSTALACIÓN DE UN DESFIBRILADOR AUTOMÁTICO O SEMIAUTOMÁTICO EXTERNO FUERA DEL ÁMBITO SANITARIO

FORMULARI 8 / FORMULARIO 8

A DADES DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL DESFIBRIL·LADOR / DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DEL DESFIBRILADOR

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI	
ADREÇA (CARRER O PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE O PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			
CP	LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO

D'acord amb el Reial 365/2009, de 20 de març, pel qual s'estableixen les condicions i requisits mínims de seguretat i qualitat en la utilització de desfibril·ladors automàtics i semiautomàtics externs fora de l'àmbit sanitari.
De conformidad a lo dispuesto en el Real Decreto 365/2009, de 20 de marzo, por el que se establecen las condiciones y requisitos mínimos de seguridad y calidad en la utilización de desfibriladores automáticos y semiautomáticos externos fuera del ámbito sanitario.

B DADES DEL CENTRE D'UBICACIÓ / DATOS DEL CENTRO DE UBICACIÓN

CENTRE D' UBICACIÓ DEL DESFIBRIL·LADOR / CENTRO DE UBICACIÓN DEL DESFIBRILADOR			
DESCRIPCIÓ DETALLADA DEL PUNT D'UBICACIÓ DEL DESFIBRIL·LADOR) / DESCRIPCIÓN DETALLADA DEL PUNTO DE UBICACIÓN DEL DESFIBRILADOR ()			
COORDENADES DE GEORREFERENCIACIÓ O GEOLOCALITZACIÓ / COORDENADAS GEORREFERENCIACIÓN O GEOLOCALIZACIÓN			
X _____		Y _____	
TITULAR DEL CENTRE D'UBICACIÓ / TITULAR DEL CENTRO DE UBICACIÓN			DNI O NIF O CIF DEL TITULAR
ADREÇA (CARRER O PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE O PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)			
CP	LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO
CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO		URL (WEB) DEL CENTRE D'UBICACIÓ / URL (WEB) DEL CENTRO DE UBICACIÓN	

C DADES DEL DESFIBRIL·LADOR / DATOS DEL DESFIBRILADOR

MARCA:	MODEL / MODELO	Nº DE SÈRIE DEL DESFIBRIL·LADOR / Nº DE SERIE DEL DESFIBRILADOR
--------	----------------	---

D TIPUS DE COMUNICACIÓ / TIPO DE COMUNICACIÓN

INSTAL·LACIÓ INSTALACIÓN	MODIFICACIÓ DE DADES REGISTRALS MODIFICACIÓN DE DATOS REGISTRALES BAIXA DESFIBRIL·LADOR BAJA DEL DESFIBRILADOR	Núm. DE REGISTRE: / Nº DE REGISTRO: _____
-----------------------------	---	---

E DECLARACIÓ RESPONSABLE / DECLARACIÓN RESPONSABLE

La persona sotasignat comunica la instal·lació d'un desfibril·lador i fa declaració responsable de què les dades que conté esta comunicació són certs, disposant de la documentació que ho acredita i sota la seua responsabilitat es compromet a:
La persona abajo firmante comunica la instalación de un desfibrilador y hace declaración responsable de que los datos que contiene esta comunicación son ciertos, disponiendo de la documentación que lo acredita y bajo su responsabilidad se compromete a:

Un adequat manteniment i conservació del desfibril·lador conformement amb les especificacions del fabricant.
Un adecuado mantenimiento y conservación del desfibrilador conforme a las especificaciones del fabricante.

Comunicar al Centre d'Informació i Coordinació d'Urgències provincial la utilització del desfibril·lador, en les 72 hores següents a haver-se produït el fet.
Comunicar al Centro de Información y Coordinación de Urgencias provincial la utilización del desfibrilador, en las 72 horas siguientes a haberse producido el hecho.

En el cas de centres als quals li siga obligatòria la seua instal·lació, disposar de personal *habilitat* per al maneig del desfibril·lador, durant l'horari d'obertura dels locals en els quals se situe.

En el caso de centros a los que le sea obligatoria su instalación, disponer de personal *habilitado* para el manejo del desfibrilador, durante el horario de apertura de los locales en los que se ubique.

Notificar qualsevol modificació de les dades anteriors, inclosa la baixa del desfibril·lador
Notificar cualquier modificación de los datos anteriores, incluida la baja del desfibrilador.

_____, ____ d _____ de ____

Firma: _____
El sol·licitant / El solicitante

Les dades de caràcter personal que conté aquest imprés es poden incloure en un fitxer el tractament del qual gestiona aquest òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, fent ús de les funcions que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Li informem que pot exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, d'acord amb l'article 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE número 298, de 14.12.1999).

Los datos de carácter personal que contiene este impreso se pueden incluir en un fichero cuyo tratamiento gestiona este órgano administrativo, como titular responsable del fichero, en el uso de las funciones que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Se le informa de que puede ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, de conformidad con el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de 14.12.1999).

REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT
FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE