



**Junta de
Castilla y León**

Consejería de Sanidad

AUTOLIQUIDACIÓN DE TASAS Y OTROS DERECHOS

TASA : FORMACIÓN CONTINUADA DE LAS PROFESIONES SANITARIAS Código Identificativo: 306.1

PRIMERA ACREDITACIÓN

REACREDITACIÓN

(Señalar con una X lo que proceda)

Datos del solicitante:

D.N.I.:	Nombre:
Apellido 1º:	Apellido 2º:

En representación de

Nombre/Razón Social:	C.I.F.:
----------------------	---------

Domicilio a efectos de notificaciones

Vía:	Núm.:	Planta:	Puerta:
C. P.:	Localidad:	Provincia:	
Correo electrónico:	Teléfono:		

AUTOLIQUIDACIÓN (1)

(DATOS DEL SERVICIO SOLICITADO)	IMPORTE €
TRAMITACIÓN DE LA SOLICITUD DE ACREDITACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUADA DE LAS PROFESIONES SANITARIAS. Título de la actividad para la que se solicita la acreditación:	
TOTAL A INGRESAR: €

El importe de la presente autoliquidación ha sido ingresado en la cuenta nº 0049 3244 00 2014091088 existente en BANCO DE SANTANDER, a nombre de la Comunidad de Castilla y León, tasas y otros derechos no tributables; Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad. Valladolid.

Importe: _____

Fecha: _____

(Sello de la entidad financiera o impresión mecánica)

Ejemplar para el interesado



**Junta de
Castilla y León**

Consejería de Sanidad

AUTOLIQUIDACIÓN DE TASAS Y OTROS DERECHOS

TASA : FORMACIÓN CONTINUADA DE LAS PROFESIONES SANITARIAS Código Identificativo: 306.1

PRIMERA ACREDITACIÓN

REACREDITACIÓN

(Señalar con una X lo que proceda)

Datos del solicitante:

D.N.I.:	Nombre:
Apellido 1º:	Apellido 2º:

En representación de

Nombre/Razón Social:	C.I.F.:
----------------------	---------

Domicilio a efectos de notificaciones

Vía:	Núm.:	Planta:	Puerta:
C. P.:	Localidad:	Provincia:	
Correo electrónico:	Teléfono:		

AUTOLIQUIDACIÓN (1)

(DATOS DEL SERVICIO SOLICITADO)	IMPORTE €
TRAMITACIÓN DE LA SOLICITUD DE ACREDITACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUADA DE LAS PROFESIONES SANITARIAS. Título de la actividad para la que se solicita la acreditación:	
TOTAL A INGRESAR: €

El importe de la presente autoliquidación ha sido ingresado en la cuenta nº 0049 3244 00 2014091088 existente en BANCO DE SANTANDER, a nombre de la Comunidad de Castilla y León, tasas y otros derechos no tributables; Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad. Valladolid.

Importe: _____

Fecha: _____

(Sello de la entidad financiera o impresión mecánica)

Ejemplar para la Administración



**Junta de
Castilla y León**

Consejería de Sanidad

AUTOLIQUIDACIÓN DE TASAS Y OTROS DERECHOS

TASA : FORMACIÓN CONTINUADA DE LAS PROFESIONES SANITARIAS Código Identificativo: 306.1

PRIMERA ACREDITACIÓN

REACREDITACIÓN

(Señalar con una X lo que proceda)

Datos del solicitante:

D.N.I.:	Nombre:
Apellido 1º:	Apellido 2º:

En representación de

Nombre/Razón Social:	C.I.F.:
----------------------	---------

Domicilio a efectos de notificaciones

Vía:	Núm.:	Planta:	Puerta:
C. P.:	Localidad:	Provincia:	
Correo electrónico:	Teléfono:		

AUTOLIQUIDACIÓN (1)

(DATOS DEL SERVICIO SOLICITADO)	IMPORTE €
TRAMITACIÓN DE LA SOLICITUD DE ACREDITACIÓN DE LAS ACTIVIDADES DE FORMACIÓN CONTINUADA DE LAS PROFESIONES SANITARIAS. Título de la actividad para la que se solicita la acreditación:	
TOTAL A INGRESAR: €

El importe de la presente autoliquidación ha sido ingresado en la cuenta nº 0049 3244 00 2014091088 existente en BANCO DE SANTANDER, a nombre de la Comunidad de Castilla y León, tasas y otros derechos no tributables; Dirección General de Salud Pública de la Consejería de Sanidad. Valladolid..

Importe: _____

Fecha: _____

(Sello de la entidad financiera o impresión mecánica)

Ejemplar para la Entidad Financiera

FORMACIÓN CONTINUADA DE LAS PROFESIONES SANITARIAS

AUTOLIQUIDACIÓN DE TASAS Y OTROS DERECHOS INSTRUCCIONES DE CUMPLIMENTACIÓN

- (1) En el espacio destinado a autoliquidación se consignará la denominación de la actividad para la que realiza la autoliquidación y el importe de la misma.

Importe de la tasa en primera acreditación: 99,45€

Importe de la tasa en reacreditación: 86,80€