**ANEXO II**

**DECLARACIÓN RESPONSABLE DE QUE PERSISTEN LAS CONDICIONES TÉCNICAS Y LA DOCUMENTACIÓN QUE DIERON LUGAR A LA AUTORIZACIÓN, HOMOLOGACIÓN Y ACREDITACIÓN DEL CENTRO, OTORGADA ANTE EL ÓRGANO DE CONTRATACIÓN DEL SERVICIO ANDALUZ DE SALUD Y LA INSCRIPCIÓN EN EL REGISTRO de Centros, y Establecimientos Sanitarios**

D/Dña…………………………………………..……………………………………………………………., con DNI nº………………………., en su calidad de representante legal de la Entidad……………………………………………………….. .

**DECLARA, BAJO SU RESPONSABILIDAD**:

Que los datos aportados en su día para la autorización, homologación y acreditación de los siguientes centros hospitalarios:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **DENOMINACIÓN HOSPITAL** | **LOCALIDAD** | **AUTORIZACIÓN/**  **HOMOLOGACIÓN** | **ACREDITACIÓN** | **INDICACIÓN DEL NICA** |
|  |  | **dd/mm/aaaa** | **dd/mm/aaaa** |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

Continúan siendo vigentes en la fecha de hoy.

(Lugar, fecha, firma y sello del representante legal)