

**DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA**  
REGISTRO OFICIAL DE CENTROS DE BRONCEADO DE LA COMUNIDAD  
AUTÓNOMA DE EXTREMADURA

---

**1. Modalidad de comunicación**

---

Modificación

Alta       Ampliación o reducción       Baja

Cambio de titular

**2. Datos de la empresa titular**

---

Nombre o razón social      NIF

Dirección      Código Postal      Población

Teléfono      Fax      Dirección electrónica      Nombre Comercial

**3. Datos del representante o titular**

---

Nombre y Apellidos      DNI/NIF

**4. Dirección a efectos de notificación**

---

La de la empresa titular       La del establecimiento       Otra (si marca esta opción rellene los siguientes datos)

Dirección      Código Postal      Población

Teléfono      Fax      Dirección electrónica

**5. Descripción de la actividad del establecimiento**

---

Centro de Bronceado       Peluquería       Hotel

Centro de Estética       Gimnasio       Otros

**6. Descripción técnica de los aparatos**

---

Fabricante	Tipo	Marca	Modelo	Número de serie o matrícula	Año fabricación

**7. Personal y Formación**

---

DNI/NIF	Nombre y Apellidos	Formación	
		Curso homologado	Centro donde ha recibido la formación Nombre

**8. Observaciones**

---

DECLARO que son ciertos los datos que figuran en este impreso.  
Lugar, fecha y firma