

D'una part: Vila-real, a de de 20

DADES DEL SOL-LICITANT

Cognoms i nom:	DNI/NIF	Telèfon:	e-mail:
en nom propi o en representació de:	DNI/NIF	Telèfon:	e-mail:
domicili: carrer o plaça i número		Localitat:	Codi postal
Com a organitzadors del festeig taurí a celebrar en la localitat de:		Els dies:	

D'un altra part, l'Hospital de la Plana.

**MANIFIESTEN**

Que l'article 23 del Decret 31/2015, de 6 de març, del Consell, pel qual s'aprova el Reglament de Festejos Taurins Tradicionals a la Comunitat Valenciana, estableix l'obligació de l'organitzador del festeig de concertar un centre hospitalari, tenint en compte la proximitat i la dotació dels servicis especialitzats adequats i al qual, si és el cas, seran traslladats els possibles ferits en les degudes condicions.

Que d'acord amb l'art. 15.6.a)1º,2º,3º y b) de la mateixa norma, l'organitzador del festeig indicat més amunt té concertada amb l'entitat asseguradora \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_ CIF \_\_\_\_\_

Domicili \_\_\_\_\_ Municipi \_\_\_\_\_ i  
província de \_\_\_\_\_ pòlissa d'assegurances d'accidents per a la  
cobertura dels sinistres ocorreguts durant la celebració d'este,, nº de pòlissa \_\_\_\_\_ i  
\_\_\_\_\_ La copia o la certificació de la qual s'adjunta al present escrit.

pel que, en virtut d'això:

**CONVENEN**

**PRIMER.-** Concertar la prestació d'esta assistència sanitària als possibles lesionats que es produïsquen en ocasió del festeig indicat més amunt.

**SEGON.-** L' Hospital, d'acord amb el que es disposa en l'article 29.1-1 i següents de la Ley 20/2017, de 28 de desembre de Taxes de la Generalitat Valenciana, i per les prestacions sanitàries efectuades a cada lesionat en esdeveniments festius, emetrà la liquidació de la taxa corresponent amb càrrec a l'organitzador o a l'entitat asseguradora indicada, si bé, en este últim cas, amb els límits de la cobertura que s'haja contractat.

Com a prova de la seua conformitat, firmen **per duplicat** exemplar del present document.

**L' ORGANITZADOR DEL FESTEIG  
O REPRESENTANT**

**PER L' HOSPITAL DE LA PLANA,**

Fdo. D/Dª \_\_\_\_\_  
DNI: \_\_\_\_\_

Documentació complementària: Apoderament o justificació de la representativitat, si és el cas i Certificació de l'entitat asseguradora dels conceptes contractats i quanties corresponents de la pòlissa a la qual s'al·ludix