

De una parte:

DATOS DEL SOLICITANTE

Apellidos y nombre:	DNI/NIF	teléfono:	e-mail:
en nombre propio o en representación de:	DNI/NIF	teléfono:	e-mail:
domicilio: calle o plaza y número		localidad:	código postal
como organizadores del festejo taurino a celebrar en la localidad de:		los días:	

De otra parte, el Hospital de la Plana.

MANIFIESTAN

Que el artículo 23 del Decreto 31/2015, de 6 de marzo, del Consell, por el que se aprueba el Reglamento de Festejos Taurinos Tradicionales en la Comunidad Valenciana, establece la obligación del organizador del festejo de concertar un centro hospitalario, teniendo en cuenta la cercanía y la dotación de los servicios especializados adecuados y al que, en su caso, serán trasladados los posibles heridos en las debidas condiciones.

Que de acuerdo con el art. 15.6.a)1º,2º,3º y b) de la misma norma, el organizador del festejo arriba indicado tiene concertada con la entidad aseguradora _____

_____ CIF _____

Domicilio _____ Municipio _____ y provincia de _____ póliza de seguros de accidentes para la cobertura de los siniestros ocurridos durante la celebración del mismo, nº de póliza _____ y _____ cuya copia o certificación se adjunta al presente escrito.

por lo que, en su virtud:

CONVIENEN

PRIMERO.- Concertar la prestación de dicha asistencia sanitaria a los posibles lesionados que se produzcan con ocasión del festejo arriba indicado.

SEGUNDO.- El Hospital, de acuerdo con lo dispuesto en el artículo 171, 6) y siguientes del Decreto Legislativo 1/2005 de 25 de Febrero por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Tasas de la Generalitat Valenciana, y por las prestaciones sanitarias efectuadas a cada lesionado en eventos festivos, emitirá la liquidación de la tasa correspondiente con cargo al organizador o a la entidad aseguradora indicada, si bien, en este último caso, con los límites de la cobertura que se haya contratado. En caso de que la póliza de seguros contratada no alcance a cubrir la totalidad de los gastos de la asistencia sanitaria recibida por los lesionados, según el artículo 172.4, serán responsables solidarios de su pago los organizadores del festejo.

Como prueba de su conformidad, firman **por duplicado** ejemplar del presente documento.

EL ORGANIZADOR DEL FESTEJO
O REPRESENTANTE

POR EL HOSPITAL DE LA PLANA,

Fdo. D/Dª _____
DNI: _____

Documentación complementaria: Apoderamiento o justificación de la representatividad, en su caso y Certificación de la entidad aseguradora de los conceptos contratados y cuantías correspondientes de la póliza a la que se alude

HOSPITAL UNIVERSITARI DE LA PLANA. Carretera Vila-real a Burriana km. 0,5 · 12540 Vila-real · (Castellón) · Tel. (+34) 964 399 775