

DATOS DEL PRESTADOR DEL SERVICIO

EMPRESA AUTORIZADA EN _____

Razón social _____ N° Registro Fiscal _____

Domicilio _____

Localidad _____

Código Postal _____ Teléfono _____ Correo Electrónico _____

Nombre Comercial o Marca _____

Representante Legal _____

MEDIO DE NOTIFICACIÓN

Solicito ser notificado mediante CORREO POSTAL en la siguiente dirección:

Nombre _____

Domicilio _____

Provincia _____ Localidad _____ Código Postal _____

Solicito ser notificado mediante el sistema de NOTIFICACIONES TELEMÁTICAS del Gobierno de Aragón accesible en <http://www.aragon.es/notificaciones>

RELACIÓN DE ACTIVIDADES DE LA EMPRESA, CON INDICACIÓN DEL MUNICIPIO DONDE SE VAN A REALIZAR

Municipio	Actividad
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____

DECLARACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS SIGUIENTES REQUISITOS

- Seguro de responsabilidad civil patronal y profesional que cubran los riesgos en Aragón.
- Seguros de asistencia o accidente por la prestación por la empresa de servicios de turismo activo que cubran los riesgos en Aragón.
- Seguro de responsabilidad civil con una cobertura ilimitada de la responsabilidad por los daños personales que se cuasen a los usuarios con ocasión del transporte privado en caso de que se lleve a cabo este servicio por las empresas.
- Disposición de equipos y material homologados.

LUGAR, FECHA Y FIRMA

Los datos facilitados en el presente formulario serán incorporados y tratados en el fichero REGISTRO DE EMPRESAS Y ACTIVIDADES TURÍSTICAS, cuya finalidad y uso del fichero queda redactado en los siguientes términos: recogida de datos de carácter personal derivada de las actuaciones administrativas en las que intervengan empresarios y empresas turísticas. El órgano responsable de dicho fichero es: Dirección General de Turismo, Servicio de Ordenación Turística, sito en Paseo M^a Agustín nº 36, 50071 Zaragoza, donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición en la forma prevista en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de datos de Carácter Personal.

Firma del declarante _____

En _____, a _____ de _____ de _____

ORGANO, CENTRO O UNIDAD ADMINISTRATIVA A LA QUE SE DIRIGE
