

**DECLARACIÓN DE ACEPTACIÓN DE CONDICIONES ECONÓMICAS PARA LA SOLICITUD DE LA
CERTIFICACIÓN DE UNIDADES DE APARATO DIGESTIVO**

Yo, _____ con DNI _____, Jefe de Servicio
del centro hospitalario _____ acepto
las condiciones económicas sujetas a la solicitud de la Certificación de Unidades de Aparato
Digestivo, indicadas en la web informativa del proyecto.

Y para que así conste a los efectos oportunos lo firmo a _____ de _____ de 202 .

Fdo: