SJUK

010043

Nº Procedimiento

Código SIACI

**SOLICITUD AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO DE OFICINA DE FARMACIA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL TITULAR DE LA OFICINA DE FARMACIA** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIF  Pasaporte/NIE  Número de documento: | | | | | | | |  | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | 1º Apellido: | |  | | | | | 2º Apellido: | | |  | |  |
| Hombre  Mujer | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: |  | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Población: |  | | | | | C.P.: |  | | | | Provincia: | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: |  | Teléfono móvil: | |  | | | | | Correo electrónico: | | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el aviso de notificación.** | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE** | | | | | | | | | | | | | | | |
| **En caso de cotitularidad se debe designar una persona representante, pudiendo ser uno de los cotitulares.**   |  |  | | --- | --- | | NIF  Pasaporte/NIE  Número de documento: |  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | | 1º Apellido: | |  | | | | 2º Apellido: | | |  | |  |
| Hombre  Mujer | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: | |  | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Población: | |  | | | | | C.P.: |  | | | Provincia: | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: | |  | Teléfono móvil: | |  | | | | Correo electrónico: | | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.** | | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **MEDIO POR EL QUE RECIBIRÁ LA NOTIFICACIÓN** |
| Notificación electrónica *(De acuerdo al artículo 14 de la Ley 39/2015, está obligado a la notificación electrónica, por tanto compruebe que está usted registrado en la Plataforma* [*https://notifica.jccm.es/notifica*](https://notifica.jccm.es/notifica) *y que sus datos son correctos.)* |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** | |
| **Responsable** | *Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria.* |
| **Finalidad** | *Gestionar el Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios.* |
| **Legitimación** | *Ejercicio de poderes públicos (Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha).* |
| **Destinatarios** | *Existe cesión de datos.* |
| **Derechos** | *Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional.* |
| **Información adicional** | *Disponible en la dirección electrónica:* [***https://www.castillalamancha.es/protecciondedatos***](https://www.castillalamancha.es/protecciondedatos) |

|  |
| --- |
| **DATOS DE SOLICITUD** |
| **ASUNTO**: Funcionamiento de oficina de farmacia. |
| **SOLICITA**: La autorización administrativa de funcionamiento de oficina de farmacia por:  Nueva apertura.  Modificación con cierre temporal por obras.  Traslado a local definitivo o provisional.**\***  Retorno a la ubicación de origen en el caso de traslado forzoso provisional**.\***  Retorno a la ubicación de origen por cierre temporal forzoso por obras o desalojo del edificio.**\***  **\*En los casos señalados con el asterisco indicar fecha propuesta para realizar visita de inspección:**        **(Dicha visita deberá solicitarse con al menos 15 días de antelación)** |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA OFICINA DE FARMACIA** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección: | | |  | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Núcleo de población: | |  | | | | C.P.: | |  | | Provincia: | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: |  | | | Teléfono móvil: | | |  | | Correo electrónico: | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de oficina de farmacia | | | | |  | | | | | |  | | | |
| (AA-XXXX-F/AA-XXX-F): | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS** |
| **Declaraciones responsables:**  La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada o entidad que se indica, declara que todos los datos consignados son veraces, declarando expresamente que:  - Que cumple los requisitos exigidos que figuran en el Decreto 11/2019, de 18 de marzo, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines y se compromete a seguir cumpliéndolos mientras se mantenga la actividad.  **Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud**, comprometiéndose a probar documentalmente los mismos cuando se le requiera para ello.  **Que no incurre en incompatibilidad (**para la autorización de funcionamiento de oficinas de farmacia de nueva apertura)  Igualmente la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.  **Autorizaciones:**  Con la presentación de esta solicitud, y de acuerdo con el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, la Consejería podrá consultar o recabar documentos elaborados por cualquier Administración salvo que conste en el procedimiento su oposición expresa.  En particular, se recabarán los siguientes datos, salvo que marque expresamente:  Me opongo a la consulta de datos de identidad.  Me opongo a la consulta de residencia.  Otros:   |  | | --- | |  | |  |   Asimismo, podrá indicar los documentos aportados anteriormente ante cualquier Administración señalando la fecha de presentación y unidad administrativa, y serán consultados por la Consejería:   |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Documento: |  | presentado con fecha: |  | ante la unidad: |  | de la Administración: |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | Documento: |  | presentado con fecha: |  | ante la unidad: |  | de la Administración: |  |   En el supuesto de que no autorice a esta Consejería a consultar alguno de los anteriores documentos, señale expresamente:   |  | | --- | |  | |  |   **En el caso de no autorizar la comprobación de los datos anteriores, se compromete a aportar la documentación pertinente.**  **Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos:**  Poder de representación, en su caso.  Certificado final de obra, en caso de que sea necesario proyecto de obra.  Certificado de colegiación, en su caso, para nuevas aperturas por concurso.    Otros documentos:   |  | | --- | |  | |  | |
|  |

|  |
| --- |
| **PAGO DE TASAS** |
| Este procedimiento conlleva una tasa de **502,96 euros.**  Podrá acreditar el pago realizado:  Electrónicamente, mediante la referencia:    Presencialmente, adjuntando copia del modelo 046, cumplimentado por la entidad bancaria. |

Firma

En       , a       de       de 20

**Delegaciones Provinciales de la Consejería de Sanidad:**

ALBACETE. Código. DIR 3: A08027354

CIUDAD REAL. Código. DIR 3: A08027355

CUENCA. Código. DIR 3: A08027356

GUADALAJARA. Código. DIR 3: A08027357

TOLEDO. Código. DIR 3: A08027358