**DECLARACIÓN DEL FARMACÉUTICO ADQUIRENTE DE OFICINA DE FARMACIA**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL FARMACÉUTICO ADQUIRENTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | | | 1º Apellido: | | | |  | | | | | 2º Apellido: | |  |  |
| Hombre  Mujer | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIF  Pasaporte/NIE  Número de documento: | | | | | | | | | | | |  | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: |  | | | | | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Provincia: |  | | |  | C.P.: | |  | | |  | Población: | |  | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: |  |  | Teléfono móvil: | | | | |  | | | Correo electrónico: | | | |  | |  |
|  | | | | | |  | | | | | | | | | | | |

|  |  |
| --- | --- |
| **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) |

Declaro responsablemente no incurrir en las incompatibilidades que se describen en el artículo 80 de la Ley 5/2005 de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha, modificada por Ley 2/2015 de 19 de febrero, para el ejercicio profesional en la oficina de farmacia.

Consiento que la Administración sanitaria consulte mi titulación académica. En el caso de no consentir la verificación, autorizo a que el/la titular de la oficina de farmacia aporte una copia de mí título.

Autorizo a que el/la titular de la oficina de farmacia presente el certificado de colegiación.

Me comprometo a colegiarme en el colegio oficial de farmacéuticos correspondiente al no estar colegiado en la actualidad.

|  |
| --- |
| **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.)* |

En       , a       de       de 20

Fdo.: El/La adquirente