SK7E

**APORTACIÓN DE DOCUMENTOS EN EL PROCEDIMIENTO 010045, TRAMITE SJUM, PARA LA AUTORIZACIÓN DEFINITIVA DE TRANSMISIÓN**

Código SIACI

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

|  |  |
| --- | --- |
| **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 LA APORTACIÓN DOCUMENTAL** |
| **ASUNTO**: Transmisión de oficina de farmacia. |
| **APORTA**: Documentos para la autorización definitiva de transmisión de oficina de farmacia. |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **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:  - 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**, comprometiéndose a probar documentalmente los mismos cuando se le requiera para ello.  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 para la autorización definitiva de transmisión:**  Poder de representación, en su caso.  Documentación justificativa de la disponibilidad jurídica del local a favor del adquirente o adquirentes, salvo que ya hubiese sido aportada.  Escritura notarial en la que se formalice la transmisión.  Otros documentos:   |  | | --- | |  | |  | |

**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

|  |
| --- |
| **PAGO DE TASAS** |
| Este trámite no conlleva tasa. |

Firma

En       , a       de       de 20