Nº Procedimiento

|  |
| --- |
| **015856** |

Código SIACI

**SKXG**

**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO DE ENTIDAD DE DISTRIBUCIÓN**

**DE MEDICAMENTOS VETERINARIOS**

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE**  |
| **Si elige persona física son obligatorios los campos: tipo y número de documento, nombre y primer apellido**

|  |
| --- |
|       |

Persona Física [ ]  NIF [ ]  Pasaporte/NIE [ ]  Número de documento: Hombre [ ]  Mujer [ ]

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|        | 1º Apellido: |       | 2º Apellido:  |       |

Nombre: **Si elige persona jurídica son obligatorios los campos: número de documento y razón social**

|  |
| --- |
|        |

Persona jurídica [ ]  Número de documento:

|  |
| --- |
|        |

Razón social:  |
|

|  |
| --- |
|        |

Domicilio:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|        |  C.P.:  |        |  Población:  |        |

Provincia:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|        |  Teléfono móvil:  |        | Correo electrónico:  |        |

 Teléfono: **El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el aviso de notificación.**   |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE**  |
|

|  |
| --- |
|        |

NIF [ ]  Pasaporte/NIE [ ]  Número de documento: Hombre [ ]  Mujer [ ]

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|        |  1º Apellido:  |        |  2º Apellido:  |        |

Nombre:

|  |
| --- |
|        |

Domicilio:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|        |  C.P.:  |        |  Provincia:  |        |

Población:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|        |  Teléfono móvil:  |        |  Correo electrónico:  |        |

 Teléfono: **Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.**  |

|  |
| --- |
| **MEDIO POR EL QUE DESEA RECIBIR LA NOTIFICACIÓN**  |
| [ ]  Correo postal *(Podrán elegir esta opción las personas que NO estén obligadas a la notificación electrónica, de acuerdo con el artículo 14 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.)* *[ ]* Notificación electrónica *(Si elige o está obligada/o a la notificación electrónica compruebe que está usted registrada/o 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 y Farmacia* |
| **Finalidad** | *Gestionar el registro de entidades de distribución y establecimientos de dispensación de medicamentos veterinarios* |
| **Legitimación** | *6.1.e) Misión en interés público o ejercicio de poderes públicos del Reglamento General de Protección de Datos.Datos de categoría especial: 9.2.i) el tratamiento es necesario por razones de interés público en el ámbito de la salud pública del Reglamento General de Protección de Datos.Real Decreto 666/2023 de 18 de julio, por el que se regula la distribución, prescripción, dispensación y uso de medicamentos veterinarios. Ley 5/2005, de 27 de junio, de ordenación del servicio farmacéutico de Castilla-La Mancha.* *Reglamento (UE) 2019/6 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 11 de diciembre de 2018* |
| **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://rat.castillalamancha.es/info/1227***](https://rat.castillalamancha.es/info/1227) |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA SOLICITUD**  |
| EXPONE: Que dispone de autorización previa de instalación y reúne los requisitos establecidos en la normativa vigente para el almacenamiento y distribución de medicamentos de uso veterinario. |
| SOLICITA: La autorización administrativa de funcionamiento de: [ ]  Almacén mayorista [ ]  Almacén por contrato  |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA ENTIDAD DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS VETERINARIOS**  |
|

|  |
| --- |
|        |

Denominación:

|  |
| --- |
|        |

Domicilio:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|        |  C.P.:  |        |  Provincia:  |        |

 Población:

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
|        |  Teléfono móvil:  |        |  Correo electrónico:  |        |

 Teléfono:   |

|  |
| --- |
| **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 expresamente que:  * Cumple los requisitos establecidos en el Reglamento (UE) 2019/6 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 11 de diciembre de 2018, Real Decreto 666/2023, de 18 de julio, por el que se regula la distribución, prescripción, dispensación y uso de medicamentos veterinarios y demás normativa de aplicación.
* Son ciertos los datos consignados en la presente solicitud, comprometiéndose a probar documentalmente los mismos cuando se le requiera para ello.

[ ]  Que ni el propietario de la entidad a la que represento, bien sea individual o colectivo (accionistas, cooperativista, etc.), ni su personal directivo, ni sus trabajadores (mediante relación laboral, mercantil o de cualquier otra índole), se encuentran incursos en las incompatibilidades descritas en el R.D. Legislativo 1/2015, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios u otras normas de aplicación. [ ]  Que designo como Director Técnico responsable en régimen de dedicación exclusiva a       con título de licenciado/grado en farmacia y que se encuentra integrado en la organización mediante contrato de trabajo de fecha      .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, 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. Asimismo, podrá indicar los documentos aportados anteriormente ante cualquier Administración señalando la fecha de presentación y unidad administrativa, y serán consultados por la Consejería:

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | presentado con fecha: |  **/  /** | ante la unidad:  |  | de la Administración:  |  |

Documento

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | presentado con fecha: |  **/  /** | ante la unidad:  |  | de la Administración:  |  |

Documento

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  | presentado con fecha: |  **/  /** | ante la unidad:  |  | de la Administración:  |  |

Documento**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:**[ ]  Descripción de los sistemas informáticos utilizados para la gestión de las transacciones de medicamentos y en su caso, validación de los mismos. [ ]  Cualificación/validación equipos (neveras, sondas control temperatura, etc)[ ]  Listado de actividades subcontratadas (empresas de transporte, mantenimiento equipos, etc)En relación al director técnico farmacéutico responsable: [ ]  Declaración de no incurrir en incompatibilidades para el ejercicio de este cargo y autorización para que la Administración consulte el título académico según modelo del anexo I. [ ] Documento por el que el titular/representante legal propone la designación del farmacéutico responsable del centro dispensador de que se trate y su aceptación por el designado, firmado por ambos. [ ]  Plan de trabajo firmado por el farmacéutico en el que se describan las actividades, responsabilidades y funciones asumidas según lo dispuesto en la normativa vigente. [ ]  Contrato de trabajo. |

|  |
| --- |
| **PAGO DE TASAS**  |
| Este procedimiento conlleva una tasa de **554,81** **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  |