ML4L

010598

**COMUNICACIÓN DE DESIGNACIÓN DE LOCAL DE UNA NUEVA OFICINA DE FARMACIA**

Nº Procedimiento

Código SIACI

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL FARMACÉUTICO SOLICITANTE** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 LA COMUNICACIÓN** |
| **ASUNTO:** Designación de local de una nueva oficina de farmacia. |
| **COMUNICA:**   |  | | --- | |  |   Que designa los siguientes locales para la ubicación de la nueva oficina de farmacia que le ha sido adjudicada por concurso público, en el núcleo de población de   |  | | --- | |  |   Área geográfica, en su caso   |  |  | | --- | --- | |  | ***DIRECCIÓN COMPLETA*** | | ***LOCAL 1*** |  | | ***LOCAL 2*** |  | |
|  |

|  |
| --- |
| **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 en la presente comunicación,** 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 expresamente 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.  Plano de situación, en el que se señale con exactitud el emplazamiento del local.  Informe en el que se indique la distancia existente del local designado respecto a las oficinas de farmacia más próximas y a los centros sanitarios más cercanos, en funcionamiento o en fase de proyecto, de financiación pública o concertados en los que se prescriban medicamentos o productos sanitarios (Se indicarán también las distancias a los locales que hayan sido designados por otros concursantes prioritarios más próximos de acuerdo con los criterios de planificación establecidos en el artículo 36 de la Ley 5/2005, de 27 de junio).  Otros documentos:   |  | | --- | |  | |  | |

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

Firma

**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

En       , a       de       de 20