



Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 – Toledo

Nº Procedimiento

010584

Código SIACI

ML0F

## COMUNICACIÓN DE BOTIQUÍN CLÍNICO VETERINARIO

### DATOS DEL VETERINARIO TITULAR DEL BOTIQUÍN CLÍNICO <sup>1</sup>

**Son obligatorios los campos: tipo y número de documento, nombre y primer apellido**

Persona física:  NIF  Pasaporte/NIE  Número de documento:

Hombre  Mujer

Nombre:  1º Apellido:  2º Apellido:

Número de colegiado:  Provincia de colegiación:

Domicilio:

Provincia:  C.P.:  Población:

Teléfono:  Teléfono móvil:  Correo electrónico:

El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el aviso de notificación.

### DATOS DE LA SOCIEDAD PROFESIONAL O ENTIDAD JURÍDICA TITULAR DEL BOTIQUÍN CLÍNICO <sup>2</sup>

**Son obligatorios los campos: número de documento y razón social**

Número de documento:

Razón social:

Domicilio:

Población:  C.P.:  Provincia:

Teléfono:  Teléfono móvil:  Correo electrónico:

**Veterinario/s responsable/s:**

Nombre y apellidos	NIF	Nº de colegiado	Provincia de colegiación

<sup>1</sup> En caso de que el titular del botiquín sea un veterinario

<sup>2</sup> En caso de que el titular del botiquín sea una entidad jurídica o sociedad profesional



## Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 – Toledo

### DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE

NIF  Pasaporte/NIE  Número de documento:

Hombre  Mujer

Nombre:  1º Apellido:  2º Apellido:

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 DESEA RECIBIR LA NOTIFICACIÓN

- Notificación electrónica (Compruebe que está usted registrada/o en la Plataforma <https://notifica.jccm.es/notifica> y que sus datos son correctos.)

### INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS

<b>Responsable</b>	Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria
<b>Finalidad</b>	Gestión y control de botiquines clínicos veterinarios
<b>Legitimación</b>	Ejercicio de poderes públicos. Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha
<b>Destinatarios</b>	No existe cesión de datos
<b>Derechos</b>	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
<b>Información adicional</b>	Disponible en la dirección electrónica <a href="https://www.castillalamancha.es/protecciondedatos">https://www.castillalamancha.es/protecciondedatos</a>

### DATOS DE LA COMUNICACIÓN

**ASUNTO:** Comunicación de botiquín clínico veterinario

**DISPONE DE MEDICAMENTOS DESTINADOS A:**

- Animales destinados a la producción de alimentos  
 Animales no destinados a la producción de alimentos

**DISPONE DE MEDICAMENTOS ESTUPEFACIENTES:**

- Sí Oficina de farmacia suministradora habitual.....  
 No



## Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 – Toledo

*PARA CUMPLIMENTAR SÓLO SI EL BOTIQUÍN SE ENCUENTRA EN UN CENTRO VETERINARIO.*

**TIPO DE ESTABLECIMIENTO:**

- Consultorio veterinario  
 Clínica veterinaria  
 Hospital Veterinario

NÚMERO DE VETERINARIOS QUE SE ABASTECEN DEL BOTIQUÍN: .....

### DATOS DEL BOTIQUÍN CLÍNICO

Dirección	Instalaciones de refrigeración	Ambulante	Matrícula vehículo
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	
	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	<input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	

### 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:

- El botiquín clínico declarado reúne los requisitos exigidos para la adecuada conservación de los medicamentos en función de la documentación de acompañamiento de los mismos o de las condiciones fijadas para dicha conservación por el fabricante.
- Lleva un registro de cada entrada y cada uso o cesión de medicamentos sujetos a prescripción veterinaria que contenga los datos establecidos en el artículo 93.2.b del Real Decreto 109/1995, de 27 de enero, sobre medicamentos veterinarios
- Expide y entrega la receta con destino al propietario o encargado de los animales, en los casos previstos en el artículo 80 del Real Decreto 109/1995, de 27 de enero, sobre medicamentos veterinarios
- Aplica o administra los medicamentos directamente o bajo su responsabilidad. No obstante, podrá entregar al propietario o responsable del animal exclusivamente los medicamentos necesarios para la continuidad del tratamiento iniciado, cuando la misma pudiera verse comprometida.
- No incurre en las incompatibilidades indicadas en el artículo 4.1 del Real Decreto 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.
- Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud, 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.



## Castilla-La Mancha

### Consejería de Sanidad

Dirección General de Planificación,

Ordenación e Inspección Sanitaria.

Avda. de Francia, 4

45071 – Toledo

#### Autorizaciones

**Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, esta Consejería va a proceder a verificar todos estos datos, salvo que usted no autorice expresamente dicha comprobación**

**NO:** Los acreditativos de identidad.

**NO:** Los siguientes datos o documentos emitidos por la Administración Regional:

**Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, esta Consejería va a proceder a verificar los datos o documentos que se encuentren en poder de la Administración, y que usted señale a continuación:**

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.**



## Castilla-La Mancha

**Consejería de Sanidad**  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 – Toledo

### PAGO DE TASAS

Este procedimiento NO conlleva tasa

Firma (DNI electrónico o certificado válido):

En \_\_\_\_\_, a \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_\_

**Consejería de Sanidad:**

DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN, ORDENACIÓN E INSPECCIÓN.

Servicio de Inspección. Código. DIR 3: A08015993