



Castilla-La Mancha

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

Nº Procedimiento

010058

Código SIACI

SI6M

## COMUNICACIÓN ACTIVIDAD DE DISTRIBUCIÓN DE PRODUCTOS SANITARIOS

### 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

Nombre:  1º Apellido:  2º Apellido:

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

Persona jurídica  Número de documento:

Razón social:

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 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

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> y que sus datos son correctos.*)



## Castilla-La Mancha

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

### DATOS DE LA SOLICITUD

<b>Responsable</b>	<i>Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria.</i>
<b>Finalidad</b>	<i>Gestionar el registro de centros, servicios y establecimientos sanitarios y realizar el control de la actividad sanitaria de los mismos.</i>
<b>Legitimación</b>	<i>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. 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, Ley 5/2005, de 27 de junio, de ordenación del servicio farmacéutico de Castilla-La Mancha, Decreto 13/2022, de 15-01-2022, de autorizaciones administrativas de centros, servicios y establecimientos sanitarios.</i>
<b>Destinatarios</b>	<i>Existe cesión de datos</i>
<b>Derechos</b>	<i>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.</i>
<b>Información adicional</b>	<i>Disponible en la dirección electrónica: <a href="https://rat.castillalamancha.es/info/1011">https://rat.castillalamancha.es/info/1011</a></i>

### DATOS DE LA SOLICITUD

ASUNTO: Comunicación de la actividad de distribución de productos sanitarios

COMUNICA: Señalar lo que proceda:

- Inicio de actividad de distribución con almacén propio
- Inicio de actividad de distribución con almacén subcontratado
- Inicio de actividad de distribución sin almacén

### DATOS DEL ALMACÉN DE DISTRIBUCIÓN DE PRODUCTOS SANITARIOS

Denominación:	<input type="text"/>				
Domicilio:	<input type="text"/>				
Población:	<input type="text"/>	C.P.:	<input type="text"/>	Provincia:	<input type="text"/>
Teléfono:	<input type="text"/>	Teléfono móvil:	<input type="text"/>	Correo electrónico:	<input type="text"/>



## Castilla-La Mancha

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

### 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 que figuran en el Real Decreto 1591/2009, de 16 de octubre, por el que se regulan los productos sanitarios, Real Decreto 1616/2009, de 26 de octubre, por el que se regulan los productos sanitarios implantables activos, o Real Decreto 1662/2000, de 29 de septiembre, sobre productos sanitarios para diagnóstico “in vitro”, según le resulte de aplicación y se compromete a seguir cumpliéndolos mientras se mantenga la actividad
- Que designa como responsable técnico a ..... con titulación .....
- 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.

#### 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:




## Castilla-La Mancha

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

**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:**

- Declaración responsable del técnico responsable de no incurrir en incompatibilidades
- Descripción de los tipos de productos que distribuye.
- Descripción del sistema de organización y medios para adoptar cualquier medida que resulte adecuada en casos de riesgos potenciales relacionados con los productos (sistema de vigilancia).
- Descripción del sistema de registro de los productos que distribuye.

### PAGO DE TASAS

Este procedimiento conlleva una tasa de **95,56 euros**.

Podrá acreditar el pago realizado:

- Electrónicamente, mediante la referencia.**
- Presencialmente, adjuntando copia del modelo 046, cumplimentado por la entidad bancaria.

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