



Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad

Dirección General de Planificación,

Ordenación e Inspección Sanitaria.

Avda. de Francia, 4

45071 – Toledo

Nº Procedimiento

040018

Código SIACI

SJRH

**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA LA ELABORACIÓN DE FÓRMULAS MAGISTRALES Y PREPARADOS OFICINALES A TERCEROS EN OFICINAS DE FARMACIA Y SERVICIOS FARMACÉUTICOS**

**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**

Persona Física  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 (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

INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS	
<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.</i>
<b>Legitimación</b>	<i>Ejercicio de poderes públicos (Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha.)</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://www.castillalamancha.es/protecciondedatos">https://www.castillalamancha.es/protecciondedatos</a></i>

DATOS DE LA SOLICITUD	
<b>ASUNTO:</b> Elaboración de fórmulas magistrales y preparados oficinales a terceros	
<b>SOLICITA:</b>	
<input type="checkbox"/> Inicio de la elaboración a terceros <input type="checkbox"/> Cese de la elaboración a terceros Nivel de elaboración: .....	

DATOS DE LA OFICINA DE FARMACIA O SERVICIO FARMACÉUTICO	
Dirección:	<input type="text"/>
Núcleo de 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"/>
Número de oficina de farmacia: (AA-XXXX-F/AA-XXX-F)	<input type="text"/>

ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS	
<b>Declaraciones responsables:</b>	
La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada o entidad que se indica, declara expresamente que:	
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Cumple con los requisitos exigidos en la normativa vigente, en especial el Real Decreto 175/2001 por el que se aprueba las normas de correcta elaboración y control de calidad de fórmulas magistrales y preparados oficinales y la Orden de 10/03/2004 de la Consejería de Sanidad, por la que se regula la aplicación del citado Real Decreto.</li> <li>- Dispone de certificado de cumplimiento de normas de correcta fabricación y control de calidad de fórmulas magistrales y preparados oficinales emitido por la Delegación Provincial de Sanidad de ..... con fecha .....</li> </ul>	



Castilla-La Mancha

**Consejería de Sanidad**

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

**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:**

**Con la presentación de esta solicitud, y de acuerdo con el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de 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 acreditativos de identidad.
- Me opongo a la consulta de datos acreditativos de domicilio o residencia.

**Asimismo, podrá indicar los documentos aportados anteriormente ante cualquier Administración señalándola fecha de presentación y unidad administrativa, y serán consultados por la Consejería:**

Documento:	<input type="text"/>	presentado con fecha:	<input type="text"/>	ante la unidad:	<input type="text"/>	de la Administración:	<input type="text"/>
Documento:	<input type="text"/>	presentado con fecha:	<input type="text"/>	ante la unidad:	<input type="text"/>	de la Administración:	<input type="text"/>
Documento:	<input type="text"/>	presentado con fecha:	<input type="text"/>	ante la unidad:	<input type="text"/>	de la Administración:	<input type="text"/>

**En el caso de no autorizar la comprobación de los datos anteriores, se debe aportar la documentación pertinente.**

**Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos:**

- Modelo de documento contractual para las farmacias que le soliciten la elaboración de FM.
- Poder de representación, en su caso.
- Otros documentos:

----------



**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 conlleva una tasa de **90,51 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\_\_\_\_

**Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria:**

Servicio de Inspección. Código DIR 3: A08015993