



Castilla-La Mancha

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

Nº Procedimiento

010546

Código SIACI

SKPT

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO DE ENTIDAD DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS DE USO HUMANO

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 NIE Número de documento*:

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 NIE Número de documento:*

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 *(De acuerdo con el artículo 14 de la Ley 39/2015, exclusivamente para aquellos que no estén obligados a la notificación electrónica.)*

Notificación electrónica *(Compruebe que está usted registrado 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

Responsable	<i>Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria</i>
Finalidad	<i>Gestionar el Catálogo de Entidades de Distribución de Medicamentos de Uso Humano</i>
Legitimación	<i>Ejercicio de poderes públicos (Ley 5/2005 de 27 de junio de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha)</i>
Destinatarios	<i>Existe cesión de datos</i>
Derechos	<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>
Información adicional	<i>Puede solicitarla en la dirección de correo: protecciondatos@jccm.es</i>

DATOS DE LA SOLICITUD

ASUNTO: Funcionamiento de entidad de distribución de medicamentos de uso humano

SOLICITA: La autorización administrativa de funcionamiento de:

- Almacén mayorista
 Almacén por contrato

DATOS DE LA ENTIDAD DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS

Denominación:*

Domicilio: *

Población:* C.P.:* Provincia:*

Teléfono: Teléfono móvil: Correo electrónico:*

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 782/2013, por el que se regula la distribución de medicamentos de uso humano y en la Ley 5/2005 de Ordenación del servicio farmacéutico de Castilla-La Mancha y se compromete a seguir cumpliéndolos mientras se mantenga la actividad.



Castilla-La Mancha

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

Que designo como responsable en la Dirección Técnica a con DNI/NIE..... persona integrada en la organización mediante contrato de trabajo de fecha con dedicación horaria de

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 incurso en las incompatibilidades descritas en el artículo 4.2 y disposición transitoria segunda del 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.

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:

[Empty text boxes for providing data or documents]

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:

[Empty text boxes for specifying reasons]

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

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

- Documentación relativa a la persona que ejerza la Dirección Técnica:
 - Declaración de la persona que ejerza la Dirección Técnica de no incurrir en incompatibilidades para el ejercicio de este cargo y consentimiento para que la Administración consulte el título académico o en caso contrario, se aporte copia del mismo.
 - Acreditación de conocimientos, formación y experiencia en BPD.
- Validación del sistema informático.
- Cualificación o validación de los equipos y procesos.
- Actividades subcontratadas: listado y documentación.

PAGO DE TASAS

Este procedimiento conlleva una tasa de **552,60 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____

Direcciones Provinciales de la Consejería de Sanidad:

- ALBACETE. Código. DIR 3: A08014322
- CIUDAD REAL. Código. DIR 3: A08014323
- CUENCA. Código. DIR 3: A08014324
- GUADALAJARA. Código. DIR 3: A08014325
- TOLEDO. Código. DIR 3: A08014326

Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria:

- Servicio de Inspección. Código DIR 3: A08015993