



Castilla-La Mancha

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

Nº Procedimiento

010548

Código SIACI

SKPV

**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE CIERRE 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 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

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>Disponible en la dirección electrónica https://www.castillalamancha.es/protecciondedatos</i>

DATOS DE LA SOLICITUD

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

SOLICITA: La autorización administrativa de cierre temporal o definitivo de:

Almacén mayorista
 Almacén por contrato

Fecha prevista:

Motivo del cierre:

DATOS DE LA ENTIDAD DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS

Denominación:*

Domicilio:*

Población:* C.P.:* Provincia:*

Teléfono: Teléfono móvil: Correo electrónico:*



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 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.

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:

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:

Documentación acreditativa del destino de las existencias de medicamentos del almacén (devolución al proveedor o gestor de residuos)



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 **193,94 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____

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

Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria:

- Servicio de Inspección. DIR 3: A08015993