



Castilla-La Mancha

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

Nº Procedimiento

010570

Código SIACI

SKXD

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE MODIFICACIÓN DE INSTALACIONES O TRASLADO DE ESTABLECIMIENTO DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS VETERINARIOS

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 registro de almacenes mayoristas y establecimientos de dispensación de medicamentos de uso veterinario</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: Modificación de instalaciones o traslado establecimiento de dispensación de medicamentos veterinarios

SOLICITA: La autorización administrativa de:

- Modificación de instalaciones
 Traslado

En caso de traslado indicar la nueva dirección

DATOS DE LA ENTIDAD DE DISPENSACIÓN DE MEDICAMENTOS VETERINARIOS

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"/>

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 Decreto 24/2000, de 08-02-2000, de medicamentos veterinarios y Real Decreto 109/1995, de 27 de enero, sobre medicamentos veterinarios, modificado por Real Decreto 1132/2010, de 10 de septiembre 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 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:

En modificación de instalaciones:

- Planos de conjunto y de detalle en los que se señale con exactitud las modificaciones realizadas en las zonas o áreas de trabajo concretas, tanto estructura como mobiliario, así como, los cambios de equipamiento que se produzcan.

En traslado:

- Justificación documental de la disponibilidad jurídica del nuevo local.
- Memoria descriptiva de los cambios en las actividades a desarrollar respecto a la autorización inicial, con expresión de los nuevos equipos e instalaciones.
- Planos de conjunto y de detalle en los que se señale con exactitud su emplazamiento y la localización de las zonas o áreas de trabajo que, en caso se precisen, así como de los equipos, instalaciones necesarias y mobiliario.



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:

- Modificación de instalaciones **243,44 euros.**
- Traslado **353,53 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: A08027354
- CIUDAD REAL. Código. DIR 3: A08027355
- CUENCA. Código. DIR 3: A08027356
- GUADALAJARA. Código. DIR 3: A08027357
- TOLEDO. Código. DIR 3: A08027358