SK7E

**SOLICITUD DE SUBROGACIÓN EN EL PROCEDIMIENTO 040236, TRAMITE SJYQ, DE APLICACIÓN DEL ÍNDICE CORRECTOR DEL MARGEN DE DISPENSACIÓN DE LAS OFICINAS DE FARMACIA**

Código SIACI

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL TITULAR DE LA OFICINA DE FARMACIA** | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | NIF | NIE | Número de documento: |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | 1º Apellido: | | |  | | | 2º Apellido: | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: |  | | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| Población: |  | | C.P.: |  | | | | Provincia: | |  | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 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** | | | | | | | | | | | | |
| **En caso de cotitularidad se debe designar una persona representante, pudiendo ser uno de los cotitulares.**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | 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 RECIBIRÁ LA NOTIFICACIÓN** |
| Notificación electrónica *(De acuerdo al artículo 14 de la Ley 39/2015, está obligado a la notificación electrónica, por tanto compruebe que está usted registrado en la Plataforma* [*https://notifica.jccm.es/notifica*](https://notifica.jccm.es/notifica) *y que sus datos son correctos.)* |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** | |
| **Responsable** | *Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria.* |
| **Finalidad** | *Gestionar el Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios.* |
| **Legitimación** | *Ejercicio de poderes públicos (Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha)* |
| **Destinatarios** | *Existe cesión de datos.* |
| **Derechos** | *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.* |
| **Información adicional** | *Puede solicitarla en la dirección de correo: protecciondatos@jccm.es* |

|  |
| --- |
| **DATOS DE SOLICITUD** |
| **ASUNTO**: Aplicación del índice corrector del margen de dispensación en oficinas de farmacia. |
| **SOLICITA**: Subrogación de aplicación del índice corrector del margen de dispensación con motivo del cambio de titularidad de una oficina de farmacia.  Fecha de transmisión: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA OFICINA DE FARMACIA** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Dirección: | | |  | | | | | | | | | | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Núcleo de población: | |  | | | | C.P.: | |  | | Provincia: | |  | |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: |  | | | Teléfono móvil: | | |  | | Correo electrónico: | | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Número de oficina de farmacia | | | | |  | | | | | |  | | | |
| (AA-XXXX-F/AA-XXX-F): | | | | | | | | | | | | | | |

|  |
| --- |
| **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:  - La oficina de farmacia cumple los requisitos establecidos en el Decreto 306/2011, de 22 de diciembre, por el que se establecen los requisitos y el procedimiento para la aplicación del índice corrector del margen de dispensación de las oficinas de farmacia que se regula en el artículo 2.8 del Real Decreto 823/2008, del 16 de mayo, y se compromete a mantener el cumplimiento de los mismos durante la vigencia de la compensación.  - En el caso de no participar en programas de atención farmacéutica, se compromete a participar en los que establezca la Consejería competente en materia de sanidad.  **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, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, 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:**  Poder de representación, en su caso.  Documento justificativo de participación en programas de atención farmacéutica o, en su caso, el compromiso de participar en los que establezca la Consejería competente en materia de sanidad.  Otros documentos.   |  | | --- | |  | |  | |

|  |
| --- |
| **PAGO DE TASAS** |
| Este procedimiento no conlleva tasa. |

Firma

**DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN, ORDENACIÓN E INSPECCIÓN SANITARIA**

Código DIR 3: A08014301

En      , a       de       de 20