MKSM

Nº Procedimiento

040339

**COMUNICACIÓN DE LA RENUNCIA A LA ACREDITACIÓN DE OFICINAS DE FARMACIA PARA LA ELABORACIÓN, CONSERVACIÓN Y DISPENSACIÓN DE AGONISTAS OPIÁCEOS**

Código SIACI

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA TITULAR DE LA OFICINA DE FARMACIA** | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | | NIF | NIE | Número de documento: |  | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre: |  | | 1º Apellido: | | |  | | | 2º Apellido: | | |  |  |
| Hombre  Mujer | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| 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** | | | | | | | | | | | | |
| **Obligatoriamente 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: | | |  |  |
| Hombre  Mujer | | | | | | | | | | | | |
| 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 *(Al estar obligado a la notificación electrónica debe usted registrarse en la Plataforma* [*https://notifica.jccm.es/notifica*](https://notifica.jccm.es/notifica) *y comprobar que sus datos son correctos.)* |

|  |  |
| --- | --- |
| **INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS** | |
| **Responsable** | Dirección General Salud Pública |
| **Finalidad** | Gestión de la información sobre los centros y servicios acreditados para realizar tratamientos de deshabituación con opiáceos |
| **Legitimación** | 6.1.e) Misión en interés público o ejercicio de poderes públicos del Reglamento General de Protección de Datos.  Ley 15/2002, de 11-07-2002, sobre Drogodependencias y otros Trastornos Adictivos. Decreto 180/1993, de 11 de noviembre, de acreditación de centros y servicios para realizar tratamientos de deshabituación con opiáceos. Decreto 75/1998, de 07-07-98 por el que se modifica el punto 1 del artículo cuarto del Decreto 180/1993, de 11 de noviembre, de acreditación de centros y servicios para realizar tratamientos de deshabituación con opiáceos. Orden de 18-09-98, de acreditación de las Oficinas de Farmacia para la elaboración, conservación y dispensación de agonistas opiáceos |
| **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** | Disponible en la dirección electrónica: https://rat.castillalamancha.es/info/1103 |

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA COMUNICACIÓN** |
| ASUNTO: Acreditación de oficinas de farmacia para la elaboración, conservación y dispensación de agonistas opiáceos. |
| COMUNICA: La renuncia a la acreditación de oficinas de farmacia para la elaboración, conservación y dispensación de agonistas opiáceos en relación a la oficina de farmacia cuyos datos figuran en la presente solicitud.  La fecha efectiva de la renuncia a la acreditación será la siguiente:       (al menos un mes posterior a la presentación de esta comunicación).  La causa que justifica la renuncia es la siguiente: |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA OFICINA DE FARMACIA** | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | |
| Denominación: | | |  | | | | | Nº oficina de farmacia: | | |  |  |
|  | | | | | | | | | | | | |
| 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:  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 lo siguientes datos, salvo que marque expresamente:**  **Me opongo a la consulta de datos de identidad.**  **Me opongo a la consulta de residencia.**  **Asimismo, podrá indicar los documentos aportados anteriormente ante cualquier Administración señalando la fecha de presentación y unidad administrativa, y serán consultados por la Consejería.**   |  | | --- | |  | |  |   **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:**  Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos (liste los documentos electrónicos o en papel a aportar)  Documento acreditativo de la representación de acuerdo con el artículo 5.4 de la Ley 39/2015, en su caso.  Otros  **-**  **-** |

Firma

En      , a       de       de 20

ORGANISMO DESTINATARIO:

DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA. Avda. de Francia, 4. 45071. TOLEDO

DIR3: A08027181