Nº Procedimiento

|  |
| --- |
| 010584 |

**COMUNICACIÓN DE BOTIQUÍN CLÍNICO VETERINARIO**

Código SIACI

..

ML0F

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA FISICA O JURÍDICA TITULAR DEL BOTIQUÍN CLÍNICO** | | | | | | | | | | | | | | |
| **Son obligatorios los campos: número de documento y razón social** | | | | | | | | | | | | | | |
| NIF  NIE | | | Número de documento: | | |  | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Nombre y apellidos o Razón social: | |  | | | | | | | | | | |  | |
| Hombre  Mujer | | | | | | | | | | | | | | |
| Domicilio: |  | | | | | | | | | | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Población: |  | | | | | | C.P.: |  | Provincia: |  | | |  | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| Teléfono: |  | | | Teléfono móvil: |  | | | | Correo electrónico: | |  | |  | |
| **El correo electrónico designado será el medio por el que recibirá el aviso de notificación, y en su caso de pago** | | | | | | | | | | | | | | |

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE DE LA EMPRESA** | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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 RECIBIR LA NOTIFICACIÓN** |
| Notificación electrónica *(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 y Farmacia* |
| **Finalidad** | *Gestión y control de botiquines clínicos veterinarios* |
| **Legitimación** | *6.1.e) Misión en interés público o ejercicio de poderes públicos del Reglamento General de Protección de Datos.  Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha. Real Decreto 666/2023 por el que se regula la distribución, prescripción, dispensación y uso de medicamentos veterinarios.* |
| **Destinatarios** | *No 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/1133*](https://rat.castillalamancha.es/info/1133) |

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **DATOS DEL BOTIQUÍN CLÍNICO** | | | |
| **Dirección completa (calle, número, CP y localidad)** | **Instalaciones de refrigeración** | **Ambulante** | **Matrícula vehículo** |
|  | Sí No | Sí No |  |
| *DISPONE DE MEDICAMENTOS DESTINADOS A:*  Animales destinados a la producción de alimentos  Animales no destinados a la producción de alimentos  *DISPONE DE MEDICAMENTOS ESTUPEFACIENTES:*  Sí Oficina de farmacia suministradora habitual  No | | | |
| *TIPO DE ESTABLECIMIENTO:*  Consultorio veterinario  Clínica veterinaria  Hospital Veterinario  Otros **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** | | | |

**Veterinario/s responsable/s:**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| *Nombre y apellidos* | *NIF* | *Nº de colegiado* | *Provincia de colegiación* |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |
|  |  |  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **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:  El botiquín clínico declarado reúne los requisitos exigidos para la adecuada conservación de los medicamentos en función de la documentación de acompañamiento de los mismos o de las condiciones fijadas para dicha conservación por el fabricante.  Cumple con lo establecido en el Real Decreto 666/2023 por el que se regula la distribución, prescripción, dispensación y uso de medicamentos veterinarios, en relación con la prescripción y uso de los medicamentos en el ejercicio profesional sanitario.  Aplica o administra los medicamentos directamente o bajo su responsabilidad. No obstante, podrá entregar al propietario o responsable del animal exclusivamente los medicamentos necesarios para la continuidad del tratamiento iniciado, cuando la misma pudiera verse comprometida.  No incurre en las incompatibilidades indicadas en el artículo 4.1 del Real Decreto 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:   |  | | --- | |  |  |  | | --- | |  |  |  | | --- | |  |   **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.** | |
| **PAGO DE TASAS** |
| Este procedimiento NO conlleva tasa |

Firma (DNI electrónico o certificado válido):

En      , a    de       de 20

**Consejería de Sanidad:**

DIRECCIÓN GENERAL DE PLANIFICACIÓN, ORDENACIÓN E INSPECCIÓN SANITARIAY FARMACIA. Servicio de Inspección. Código. DIR 3: A08044538