DECLARACION DEL BOTIQUIN VETERINARIO

**REGISTRO OFICIAL DE ESTABLECIMIENTOS RELACIONADOS CON EL MEDICAMENTO VETERINARIO**

**EN LA REGION DE MURCIA**

|  |
| --- |
| 1.- TIPO de DECLARACION: |

|  |  |
| --- | --- |
| **[ ]  A) ALTA de BOTIQUIN VETERINARIO PERSONA FISICA** | **[ ]  D) BAJA de BOTIQUIN VETERINARIO PERSONA FISICA** |
| **[ ]  B) ALTA de BOTIQUIN VETERINARIO PERSONA JURIDICA** | **[ ]  E) BAJA de BOTIQUIN VETERINARIO PERSONA JURIDICA** |
| [ ]  **C) ALTA de VETERINARIOS** | **[ ]  F) BAJA de VETERINARIOS** |

|  |
| --- |
| 2.- DATOS del RESPONSABLE del BOTIQUIN VETERINARIO  |

**A) Cumplimentar SIEMPRE.**

|  |  |
| --- | --- |
| **NOMBRE Y APELLIDOS /RAZON SOCIAL** | **NIF/CIF** |
|  |  |
| **DIRECCION A EFECTOS DE NOTIFICACION** | **C.P** |
|  |  |
| **PEDANIA** | **MUNICIPIO** |
|  |  |
| **Nº TELEFONO** | **DIRECCION de CORREO ELECTRONICO** |
|  |  |

**B) Cumplimentar solo cuando se trate de una Entidad Jurídica o Asociación Profesional**

|  |  |
| --- | --- |
| **DATOS del REPRESENTANTE LEGAL** *(cumplimentar solo si se trata de una entidad jurídica o asociación profesional)* | **NIF** |
|  |  |

|  |
| --- |
| 3.- DATOS de TIPO de UBICACION |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| [ ] CONSULTORIOVETERINARIO | [ ] CLINICA VETERINARIA | [ ] HOSPITAL VETERINARIO | [ ] HOSPITAL VETERINARIO UNIVERSITARIO | [ ] VEHICULO  |

|  |
| --- |
| 4.- DATOS de UBICACION |

**A) Cumplimentar solo cuando el botiquín se encuentre ubicado en un establecimiento.**

|  |
| --- |
| **DENOMINACION del ESTABLECIMIENTO** |
|  |
| **DIRECCION**  | **C.P** |
|  |  |
| **PEDANIA** | **MUNICIPIO** |
|  |  |
| **Nº TELEFONO** | **DIRECCION de CORREO ELECTRONICO** |
|  |  |
| **Nº REGISTRO en el COLEGIO OFICIAL de VETERINARIOS de la REGION de MURCIA**  |  |

**B) Cumplimentar solo cuando el botiquín se encuentra depositado en un vehículo**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **Nº MATRICULA VEHICULO** | **MARCA del VEHICULO** | **MODELO del VEHICULO** |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| 5.- CARACTERISTICAS GENERALES DEL BOTIQUIN VETERINARIO |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **A) ¿DISPONE de INSTALACIONES de REFRIGERACION?** | SI [ ]  | NO [ ]  |
| **B) Los MEDICAMENTOS incluidos en el BOTIQUIN VETERINARIO están destinados a:** |
| [ ]  ANIMALES de COMPAÑÍA | [ ]  ANIMALES PRODUCTORES de ALIMENTOS |
| **C) Entre los MEDICAMENTOS que integran el BOTIQUIN VETERINARIO se encuentran o podrían encontrarse** |
| [ ] VACUNAS y otros Medicamentos Biológicos\*\*(Entendiendo como otros Medicamentos Biológicos: *Hormonas, Interferones y Derivados sanguíneos*) | [ ] GASES MEDICINALES empleados en Terapias de Inhalación y Anestesia | [ ] MEDICAMENTOS con SUSTANCIAS PSICOACTIVAS | [ ] MEDICAMENTOS HOMEOPATICOS |

|  |  |
| --- | --- |
| 6.- VETERINARIOS |  |
|

|  |  |
| --- | --- |
| **A) Indicar nº de veterinarios que hacen uso del BOTIQUIN VETERINARIO objeto de esta declaración** |  |

 |
| 1. ***Indicar:***

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ***NOMBRE Y APELLIDOS*** | ***DNI*** | ***Nº COLEGIADO*** | ***PROVINCIA de COLEGIACION*** | ***FIRMA\**** |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |

 |
| \****solo será necesaria cuando la declaración se efectué por una Entidad Jurídica o Asociación Profesional*** |

|  |
| --- |
| 7.- DECLARACION JURADA  |
| Yo D/Dña.  |  | con NIF Nº |  |
| Colegiado en el Iltre. Colegio Oficial de Veterinarios de |  | con el nº |  |
| **DECLARO QUE** dispongo y soy responsable de un “Botiquín Veterinario” situado en el domicilio indicado en el apartado 4 de esta declaración y que, este botiquín, se corresponde con las características indicadas en los apartados 3, 5 y 6 y en la documentación adjunta a esta declaración **CONSULTA DE DATOS PERSONALES:** Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, el órgano administrativo competente consultará o recabará los datos relacionados a continuación, necesarios para la resolución de este procedimiento/expediente/solicitud: Datos de Identidad.[ ]  Me OPONGO a la consulta de los datos de IdentidadEN EL CASO DE OPOSICIÓN A QUE EL ÓRGANO ADMINISTRATIVO COMPETENTE CONSULTE U OBTENGA LOS MENCIONADOS DATOS, QUEDO OBLIGADO A APORTARLOS AL PROCEDIMIENTO JUNTO A ESTA SOLICITUD O CUANDO ME SEAN REQUERIDOS.**AUTORIZACIÓN EXPRESA DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA** Autorizo a la Dirección General de Producción Agrícola, Ganadera y Pesquera de la Región de Murcia a notificarme a través del Servicio de Notificación electrónica por comparecencia en la Sede Electrónica de la CARM, los actos y resoluciones administrativos que se deriven de la tramitación de esta solicitud. A tal fin, adquiero la obligación de acceder periódicamente a través de mi certificado digital o DNI electrónico, a mi buzón electrónico ubicado en la Sede Electrónica de la CARM [**https://sede.carm.es**](https://sede.carm.es) / apartado consultas / notificaciones electrónicas, o directamente en la URL [**https://sede.carm.es/vernotificaciones**](https://sede.carm.es/vernotificaciones). Asimismo autorizo a la Dirección General de Producción Agrícola, Ganadera y Pesquera, a que me informe siempre que disponga de una nueva notificación en la Sede Electrónica a través de un correo electrónico a la dirección de correo facilitado en esta solicitud y/o vía SMS al nº de teléfono móvil facilitado en esta solicitud.**En caso contrario, en el que NO otorgue el consentimiento para la consulta, marque la siguiente casilla** [ ]  No Autorizo al órgano administrativo para notificarme a través del Servicio de Notificación electrónica por comparecencia en la Sede Electrónica de la CARM, los actos y resoluciones administrativas que se deriven de la tramitación de esta solicitud.  |
| **En** *(indicar Municipio)* |  | **con fecha** *(dd/mm/aaaa)* |  |
| **FIRMA**  | **SELLO** |

**ILMO. SR. DIRECTOR GENERAL DE PRODUCCIÓN AGRÍCOLA, GANADERA Y PESQUERA**

|  |
| --- |
| 8. DOCUMENTACION QUE ACOMPAÑA |

**SIEMPRE**

[ ]  Memoria descriptiva de las características del lugar donde se van a depositar los medicamentos que componen el Botiquín Veterinario.

[ ]  Memoria descriptiva de la gestión de los medicamentos que componen el Botiquín Veterinario acompañada de modelos de: Hoja de Pedido, Registro de entradas y salidas y Receta Veterinaria con la que suministran estos medicamentos.

[ ]  Documento justificativo del pago de la Tasa General de Administración “*Modelo T010, H. Imponible: H00002*”.

**Cuando el “Botiquín Veterinario” está localizado en un establecimiento**

[ ]  Plano de situación del botiquín dentro del establecimiento.

[ ]  Plano de situación del establecimiento dentro municipio y/o pedanía.

**Cuando el “Botiquín Veterinario” está localizado en un vehículo**

[ ]  Permiso de Circulación del vehículo.

[ ]  Tarjeta Técnica del vehículo.

|  |
| --- |
| 9. GUIA de CUMPLIMENTACION  |

**APARTADO 1:**

**A:** Se marcará la casilla **☐** cuando se trate de un **ALTA** de la “*Declaración del Botiquín Veterinario*” efectuada por un veterinario como **Persona física**

**B:** Se marcará la casilla **☐** cuando se trate de un **ALTA** de la “*Declaración del Botiquín Veterinario*” efectuada por una **Entidad Jurídica o Asociación Profesional.**

**C:** se marcará la casilla **☐** cuando se pretenda **incluir** nuevos veterinarios en la Declaración inicial

**D:** la casilla **☐** cuando se trate de una **BAJA** de la “*Declaración del Botiquín Veterinario*” efectuada por un veterinario como **Persona física**

**E:** Se marcará la casilla **☐** cuando se trate de una **BAJA** de la “*Declaración del Botiquín Veterinario*” efectuada por una **Entidad Jurídica o Asociación Profesional.**

**F:** se marcará la casilla **☐** cuando se pretenda **excluir** veterinarios de la Declaración inicial

**APARTADO 2:**

**A:** Se cumplimentará siempre poniendo los datos del Veterinario declarante, en el caso de que sea una persona física o nombre de la Entidad Jurídica o Asociación Profesional en el caso de que sea una persona jurídica.

**B:** Se cumplimentará únicamente en el caso de que se trate de unaEntidad Jurídica o Asociación Profesional en el caso de que sea una persona jurídica.

**APARTADO 4:**

**A:** Se cumplimentará consignando los datos de ubicación de las instalaciones donde está depositado el “Botiquín Veterinario” o, en aquellos casos en los que el botiquín se encuentre dentro de un vehículo se indicaran los datos de ubicación de la Razón Social o del Veterinario responsable del mismo.

**B:** Se cumplimentará SOLO cuando el “Botiquín Veterinario” se encuentre depositado en un vehículo que funciona como clínica ambulante veterinaria.

**APARTADO 5:**

**A:** Si disponen de “Instalaciones de Refrigeración” (neveras, cámaras frigoríficas, etc...) para depositar medicamentos que requieran condiciones de frío durante su almacenamiento se indicará marcando la casilla “SI”, en caso contrario se marcará la casilla “NO”

**B:** Para cumplimentar este apartado se habrá de tener en cuenta si el profesional veterinarios que se surten del Botiquín Veterinario ejercen su actividad atendiendo a Animales de compañía, Animales que ellos o sus productos son o pueden ser alimentos u Otros Animales (por ej: animales de zoológico, de experimentación,…) pudiendo por tanto marcar una o más de las opciones propuestas.

**C:** Si, además de antibióticos, antiinflamatorios, analgésicos, antiparasitarios, diuréticos, broncodilatadores, etc…se dispone en el “Botiquín Veterinario” de: Vacunas y otros Medicamentos Biológicos (Hormonas, Interferones o Derivados Sanguíneos), Gases Medicinales empleados en terapias de inhalación y anestesia, Medicamentos con Sustancias Psicoactivas o Medicamentos Homeopáticos se marcará una o más de las opciones propuestas.

**APARTADO 6:**

**A:** Se indicará mediante un número la cantidad de veterinarios que se abastecen del “Botiquín Veterinario” que se declara.

**B:** Se indicará Nombre, Apellidos, Nº de colegiado y Provincia de colegiación de todos los veterinarios que hacen uso del botiquín veterinario. Solo será necesaria la firma en el caso de que los veterinarios reseñados formen parte deuna Entidad Jurídica o Asociación Profesional

**APARTADO 7:** la declaración la firma el veterinario responsable del botiquín que se declara en el caso de que sea una persona física y el representante legal en el caso de que se trate de una Entidad Jurídica o Asociación Profesional. Es MUY IMPORTANTE cumplimentar los datos de correo electrónico y teléfono para poder enviar las notificaciones que el procedimiento genere.