|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANEXO III. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN ACTUAL DE LA EMPRESA EN PROCEDIMIENTO DE REVALIDACIÓN**  **Procedimiento nº: 1675** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **DATOS DE LA EMPRESA:** | | | | | | | | | | | |
| **1.- DENOMINACIÓN DE LA EMPRESA** | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE / RAZON SOCIAL: | | | | | | | | NIF/CIF: | | | |
| **2.- DOMICILIO SOCIAL** | | | | | | | | | | | |
| CL /PL /AV/ | NOMBRE DE LA VIA PÚBLICA | | NÚM | LETRA | ESC. | | PISO | | PTA | | C.P. |
| MUNICIPIO/LOCALIDAD | | CORREO ELECTRÓNICO | | | | TELÉFONO: | | | | FAX | |
| **3.- DOMICILIO DEL FABRICANTE (Cumplimentar sólo en caso de que sea diferente al domicilio social):** | | | | | | | | | | | |
| CL /PL /AV/ | NOMBRE DE LA VIA PÚBLICA | | NÚM | LETRA | ESC. | | PISO | | PTA | | C.P. |
| MUNICIPIO/LOCALIDAD | | CORREO ELECTRÓNICO | | | | TELÉFONO: | | | | FAX | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Declaración en nombre y representación de la empresa (Marcar la casilla adecuada):** | | | | | | | | | | | |
| |  |  | | --- | --- | | **D/Dª** |  | |  | DECLARA: que las condiciones iniciales en las que se emitió, por la Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de Murcia, la “Licencia Sanitaria de Funcionamiento de Instalación de Productos Sanitarios a Medida”, **no se han** **modificado**, por lo que actualmente los datos correspondientes a la citada licencia son iguales a los que se tuvieron en cuenta para emitir la Resolución inicial.  Declaración que se realiza a los efectos de Revalidación de la citada Licencia, para su presentación ante la Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de Murcia. | |  | DECLARA: que las condiciones iniciales en las que se emitió, por la Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de Murcia, la “Licencia Sanitaria de Funcionamiento de Instalación de Productos Sanitarios a Medida”, **se han** **modificado**, por lo que se aportan los datos y documentos que acreditan los cambios producidos.  Declaración que se realiza a los efectos de Revalidación de la citada Licencia, para su presentación ante la Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de Murcia. | | | | | | | | | | | | |
| **En , a** Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.  **Firma: El/la representante legal** | | | | | | | | | | | |

C:\Users\esg12n\AppData\LocalLow\Temp\Microsoft\OPC\DDT.b37oaav0kf53en7eau0ao22zc.tmp

Comunidad Autónoma de la Región de Murcia

Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano

Servicio de Ordenación y Atención Farmacéutica

Los datos de carácter personal recogidos en este documento se van a integrar en el fichero/tratamiento PRODUCTOS SANITARIOS con la exclusiva finalidad de tramitar el expediente correspondiente. El responsable de este fichero/tratamiento es la Dirección General de Planificación, Financiación Sanitaria y Política Farmacéutica, ante cuyo titular puede el interesado ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición o cancelación de datos en los términos y con los requisitos establecidos en los artículos 15 y siguientes de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal.

**INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCION DE DATOS:**

**Responsable del tratamiento**: Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano de la Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia; Calle Pinares, nº; 6, CP 30001 Murcia.

**Finalidad del tratamiento**: la tramitación administrativa que se derive de la gestión de esta comunicación. Los datos se conservarán durante el tiempo que sea necesario para cumplir con la finalidad para la que se recabaron y para determinar las posibles responsabilidades que se pudieran derivar de dicha finalidad y del tratamiento de los datos.

**Legitimación para el tratamiento**: el cumplimiento de una tarea en interés público o el ejercicio de los poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento en virtud del Texto Refundido de la Ley de Garantías y Uso Racional de los Medicamentos y Productos Sanitarios, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/2015 de 24 de julio.

**Destinatarios de cesiones de datos**: No se cederán datos a terceros salvo a las Administraciones Públicas en el ejercicio de sus competencias, cuando sea necesario para la tramitación o resolución de sus procedimientos. También se cederán cuando exista una obligación legal.

**Derechos de interesado**: Puede ejercitar sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición, limitación y portabilidad de los datos, así como otros derechos, que se explican en la información adicional.

**Procedencia de los datos**: Los datos son aportados por el interesado. Las categorías de datos que se tratan son datos de identificación y académicos.

**Contacto Delegado de Protección de Datos**: Inspección General de Servicios de la CARM; dirección de correo electrónico: dpdigs@listas.carm.es **Información adicional**: Puede consultar información adicional y detallada sobre Protección de Datos en la siguiente dirección: https://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=62678&amp;IDTIPO=100&amp;RASTRO=c672$m