|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SOLICITUD DE INICIO DE APERTURA DE NUEVA OFICINA DE FARMACIA**  **Procedimiento nº: 2469** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SOLICITANTE** | | |  | AYUNTAMIENTOS | | |  | COLEGIO OFICIAL DE FARMACEUTICOS | | | | |  | | FARMACEUTICOS | |
| NIF / CIF: | | | | APELLIDOS Y NOMBRE /RAZON SOCIAL: | | | | | | | | | | | | |
| DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN: | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CL /PL /AV/: | | NOMBRE DE LA VIA PÚBLICA: | | | | | | | NÚM: | LETRA: | ESC: | PISO: | | PTA.: | | C.P.: |
| MUNICIPIO: | | | | | PROVINCIA: | | | | TELEFONO: | | CORREO ELECTRONICO: | | | | | |
| NIF REPRESENTANTE LEGAL EN SU CASO: | | | | | | APELLIDOS Y NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL**[4]** | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SOLICITUD [1] EXPRESA DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA**  **Marcar con una X** **(\*)** para solicitar a la Administración la notificación electrónica, de no marcarse esta opción la Administración notificará a las personas físicas por correo postal. | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | **Solicito que me notifique a través del Servicio de Notificación electrónica por comparecencia en la Sede Electrónica de la CARM** **[2]**, los actos y resoluciones administrativos que se deriven de cualquier procedimiento tramitado a partir de este momento por dicho organismo.  A tal fin, me comprometo **[3]** a acceder periódicamente a través de mi certificado digital , DNI electrónico o de los sistemas de clave concertada o cualquier otro sistema habilitado por la Administración Regional, a mi buzón electrónico ubicado en la Sede Electrónica de la CARM <https://sede.carm.es> / apartado consultas/notificaciones electrónicas/, o directamente en la URL <https://sede.carm.es/vernotificaciones> | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SUSCRIPCIÓN AL SERVICIO DE AVISOS DE NOTIFICACIONES**  **Marcar con una X** para autorizar el envío de avisos de las notificaciones emitidas al número de teléfono móvil o a la dirección de correo electrónico indicados. El aviso en ningún caso tendrá la consideración de notificación. | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Autorizo a que me envíe un aviso, siempre que disponga de una nueva notificación en la Dirección Electrónica Habilitada Única o en la Sede Electrónica, a través de un correo electrónico a la dirección de correo  y/o vía SMS al nº de teléfono móvil . | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **ZONA FARMACEUTICA PARA LA QUE SE SOLICITA LA APERTURA DE UNA NUEVA OFICINA DE FARMACIA:** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DOCUMENTACION A PRESENTAR (señalar la documentación que se adjunta a esta solicitud):** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.- COMÚN A TODOS LOS SOLICITANTES:** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Certificación del órgano competente del ayuntamiento o en su defecto del instituto nacional de estadísticas de la población censada de la zona farmacéutica que conste en la última revisión del padrón municipal o padrones municipales vigentes en el momento de la solicitud, si la zona engloba más de un municipio | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | En las zonas farmacéuticas turísticas certificación de la consejería competente que acredite el número de plazas turísticas referidas a alojamientos hoteleros, apartamentos turísticos y plazas de camping, y certificado del instituto nacional de estadística sobre viviendas construidas de segunda residencia, pudiendo acompañar, en su caso, certificación municipal, expedida por el órgano competente. | | | | | | | | | | | | | | | |
| **2.- EN LOS SUPUESTO DE SOLICITUD A INSTANCIAS DEL COLEGIO OFICIAL DE FARMACÉUTICOS Y/O AYUNTAMIENTOS** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Acuerdo de la junta de gobierno del colegio de farmacéuticos/acuerdo del pleno del ayuntamiento o del órgano municipal competente respectivamente | | | | | | | | | | | | | | | |
| **3.- EN EL SUPUESTO DE SOLICITUD A INSTANCIA DE FARMACÉUTICOS INTERESADOS:** | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Título licenciado o grado de farmacia (\*) , en su defecto certificación de haber satisfecho los derechos de expedición del título | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Certificado de colegiación o compromiso de colegiarse en caso de concederle la apertura | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Justificación pago de la tasa | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Declaración responsable de ser titular o cotitular de oficina de farmacia en el momento de la solicitud o si lo ha sido en el último año | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | En el caso anterior, compromiso del titular o cotitular de no transmisión de la oficina de farmacia o de los derechos que sobre la autorización originaria ostente, hasta que se agote la vía administrativa o jurisdiccional del procedimiento de adjudicación de la apertura de farmacia | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  | | --- | | **En , a** Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.  **Firmado:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| (\*) De conformidad con el artículo 28 de la Ley 29/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, se entiende otorgado el consentimiento para que el órgano administrativo competente consulte de forma electrónica o por otros medios, a esta Administración Pública, otras Administraciones o Entes, los datos personales señalados con el asterisco, necesarios para la resolución de este procedimiento.  En caso contrario, en el que NO otorgue el consentimiento para la consulta, marque la siguiente casilla/as:  **ME OPONGO** a la consulta por el órgano administrativo de los datos personales de **titulación universitaria**, señalados con (\*) en el apartado documentación a presentar.  **EN EL CASO DE NO CONCEDER ESTA AUTORIZACIÓN, EL SOLICITANTE QUEDA OBLIGADO A APORTAR JUNTO A ESTA DOCUMENTACIÓN LOS DATOS/DOCUMENTOS RELATIVOS AL PROCEDIMIENTO.** | | | | | | | | | | | | | | | | |

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

[1] Las personas físicas podrán elegir el sistema de notificación (electrónico o postal) ante la Administración, este derecho no se extiende a los obligados a relacionarse electrónicamente con las Administraciones previsto en el artículo 14.2 de la Ley 39/2015 de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas (personas jurídicas, entidades sin personalidad jurídica, profesionales colegiados, empleados públicos y personas que los representen), quienes por ley están obligados a ser notificados electrónicamente.

[2] La notificación por comparecencia electrónica se regula en el artículo 43.1 de la Ley 39/2015 de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

[3] De conformidad con lo dispuesto en el artículo 43.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, una vez transcurridos 10 días naturales, desde la puesta a disposición de la notificación en la Sede Electrónica, sin que la haya descargado, se entenderá que la notificación ha sido rechazada.

[4] Debe aportarse documento acreditativo de esa representación

**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

.