|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SOLICITUD DE DESIGNACION DE LOCAL EN LA APERTURA DE NUEVA OFICINA DE FARMACIA**  **Procedimiento nº: 2474** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **SOLICITANTE (Adjudicatario de la nueva oficina de farmacia):** | | | | | | | | | | | | | | |
| NIF / CIF: | | | APELLIDOS Y NOMBRE: | | | | | | | | | | | |
| 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 . | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **DIRECCIÓN DEL LOCAL QUE DESIGNA PARA LA APERTURA DE NUEVA OFICINA DE FARMACIA:** | | | | | | | | | | | | | | |
| CL /PL /AV/: | | NOMBRE DE LA VIA PÚBLICA: | | | | | | | | NÚM: | | | C.P.: | |
| **MUNICIPIO** | | | | | | **ZONA FARMACÉUTICA:** | | | | | | | | |
|  | | | | | |  | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **DOCUMENTACION A PRESENTAR (señalar la documentación que se adjunta a esta solicitud):** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Justificación de haber constituido fianza por importe de 3.005,06 € en metálico, aval o contrato de seguro de caución | | | | | | | | | | | | | |
|  | Documentación que acredite la disponibilidad jurídica del local | | | | | | | | | | | | | |
|  | Planos elaborados por organismos oficiales por duplicado relativos a emplazamiento, situación y distancia respecto de las farmacias más próximas y centros de salud de conformidad con el artículo 23 del Decreto 17/2001, con indicación del itinerario de la medición que se realice por técnico competente y visado por el correspondiente Colegio Oficial si es exigido por los estatutos del mismo | | | | | | | | | | | | | |
|  | Certificación de técnico competente, visada en su caso por la Colegio profesional correspondiente, en la que conste estado de construcción de local, superficie útil, distribución, plantas, supresión de barreras arquitectónicas, localización exacta y características de sus accesos a la vía pública | | | | | | | | | | | | | |
|  | Plano a escala del local respecto del edificio del que forma parte | | | | | | | | | | | | | |
|  | Certificación municipal respecto de las condiciones urbanísticas del local y de si su uso es admisible a la finalidad a la que será destinado | | | | | | | | | | | | | |
|  | Declaración responsable de no estar incurso en ninguna de las causas de incompatibilidad profesional previstas en el Capítulo I del Título VI de la Ley 3/1997, de 28 de mayo, de Ordenación Farmacéutica de la Región de Murcia (se adjunta modelo Anexo I). | | | | | | | | | | | | | |
| |  | | --- | | **En , a** Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.  **Firmado:** | | | | | | | | | | | | | | | |

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