|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SOLICITUD DE AUTORIZACION DE TRANSMISIÓN DE OFICINA DE FARMACIA**  **Procedimiento nº: 2481** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TIPO DE TRANSMISIÓN:** | | | |  | | | INTER VIVOS: ONEROSA O GRATUITA | | | | | |  | | | | MORTIS CAUSA |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SOLICITANTE (TITULAR/COTITULAR DE LA OFICINA DE FARMACIA):** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| APELLIDO 1º: | | | | APELLIDO 2º: | | | | | NOMBRE: | | | | | | | NIF/CIF: | |
| ACTUANDO COMO REPRESENTANTE LEGAL (EN SU CASO) **[4]** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| NIF REPRESENTANTE LEGAL EN SU CASO: | | | | | | APELLIDOS Y NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL**[4]** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DATOS DE LA OFICINA DE FARMACIA A TRANSMITIR:** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nº FARMACIA: | | | TITULAR/ES DE LA OFICINA DE FARMACIA: | | | | | | | ZONA FARMACEUTICA: | | | | | NIF/CIF: | | |
| CL /PL /AV/: | | NOMBRE DE LA VIA PÚBLICA: | | | | | | | | | NÚM: | | | LETRA: | | C.P.: | |
| MUNICIPIO/LOCALIDAD | | | | | | | | TELEFONO: | | | | CORREO ELECTRONICO: | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Todas las notificaciones relacionadas con este procedimiento se realizarán por medios electrónicos a través del Servicio de Notificaciones Electrónica de la CARM.**  **Deberá acceder periódicamente a través de su certificado digital , DNI electrónico o de los sistemas de clave concertada o cualquier otro sistema habilitado por la Administración Regional, a su 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 . | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SOLICITA LA TRANSMISIÓN DE LA OFICINA DE FARMACIA DE LA QUE ES TITULAR A FAVOR DE:**  **( FARMACÉUTICO ADQUIRIENTE)** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| APELLIDO 1º: | | | | | APELLIDO 2º: | | | | NOMBRE: | | | | | | | NIF/CIF: | |
| TELEFONO MOVIL: | | | | | CORREO ELECTRONICO: | | | | **PORCENTAJE DE LA FARMACIA A TRANSMITIR:** | | | | | | |  | |
| **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 . | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  | | --- | --- | | **ASIMISMO, DECLARO QUE (señale lo que proceda):** | | |  | Que **no existen** farmacéuticos con **derecho a adquisición preferente** en la transmisión de la OF. | |  | Que **existen** los siguientes farmacéuticos con **derecho a adquisición preferente** en la transmisión de la OF:  -  **-**  **-**  **-** | | **En el supuesto de OFICINA DE FARMACIA EN RÉGIMEN DE COPROPIEDAD:** | | |  | **Que no existen farmacéuticos con derecho de retracto legal** | |  | **Que existen los siguientes farmacéuticos con derecho de retracto legal:**  **-**  **-**  **-**  **-** | |  | **Que a la fecha de esta solicitud SI tengo solicitada o en trámite solicitud de autorización de oficina de farmacia.** | |  | **Que a la fecha de esta solicitud NO tengo solicitada o en trámite solicitud de autorización de oficina de farmacia.** | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DOCUMENTACION A PRESENTAR (señalar la documentación que se adjunta a esta solicitud):** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Certificado de colegiación de la persona a la que se quiere transmitir la oficina de farmacia | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | En los supuestos de transmisión onerosa, si la enajenación se hace a favor de un tercero y existen farmacéuticos con derecho preferente se deberá adjuntar escrito de renuncia de los mismos. | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Escritura que acredite el título de transmisión, con justificante de haber presentado la liquidación de los impuestos de transmisiones patrimoniales, actos jurídicos, donación u otros que resulten aplicables | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Contrato o documento que acredite la disponibilidad jurídica del local donde está instalada la farmacia. En caso de transmisión parcial aportar sólo si hay variación en la propiedad del local donde se ubica la farmacia. | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Declaración responsable del adquirente de no estar incurso en ninguna de las causas de incompatibilidad profesional, establecidas en Capítulo I Título VI de Ley 3/1997, de 28 de mayo, (modelo anexo I) | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Declaración de alta y baja en el impuesto de actividades económicas (\*) | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | En el caso de transmisión onerosa en régimen de copropiedad, se deberá aportar escritos de renuncia a ejercitar el derecho de retracto legal del resto de farmacéuticos copropietarios si la enajenación se solicita a favor de un tercero. | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  | | --- | | **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:  **No autorizo** al órgano administrativo para que consulte los datos personales 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

**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

Comunidad Autónoma de la Región de Murcia

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

Servicio de Ordenación y Atención Farmacéutica