|  |
| --- |
| **SOLICITUD DE CIERRE DE OFICINA DE FARMACIA****Procedimiento nº: 2487** |
|  |
| **TIPO DE CIERRE (señalar el tipo y la causa, en su caso):** |
|[ ]  **CIERRE TEMPORAL VOLUNTARIO (por motivos personales o profesionales):** |
|[ ]  Enfermedad del titular |[ ]  Fallecimiento, enfermedad accidente grave del cónyuge o familiares del titular hasta el segundo grado |
|[ ]  Fallecimiento o accidente grave del titular |[ ]  Exámenes |
|[ ]  Matrimonio del titular |[ ]  Asistencia o impartición de cursos o jornadas |
|[ ]  Traslado de domicilio |[ ]  Viajes relacionados con asuntos profesionales o de la oficina de farmacia |
|[ ]  Nacimiento de hijos |[ ]  Gestiones oficiales o similares o aquellas que supongan el complimiento de deberes inexcusables de carácter público o personal |
|[ ]  **CIERRE TEMPORAL FORZOSO (comunicación en el plazo de dos días del motivo del cierre ):** |
|[ ]  Por circunstancias involuntarias e imprevistas (inundaciones, incendios, derrumbamientos, grietas o similares) |[ ]  Por demolición o desalojo |
|[ ]  **CIERRE DEFINITIVO VOLUNTARIO** |
|  |
| **SOLICITANTE:** |
|[ ]  **TITULAR/COTITULAR DE LA OFICINA DE FARMACIA** |
|[ ]  **HEREDEROS LEGALES (Únicamente para cierre definitivo voluntario en caso de fallecimiento del titular)** |
| 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:** |
| 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: |
|  |
|

|  |
| --- |
| **SOLICITUD [1] EXPRESA DE NOTIFICACIÓN ELECTRÓNICA** **Marcar 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 . |
|  |
| **SOLICITA EL CIERRE DE LA OFICINA DE FARMACIA CON UNA DURACION DE (en casos de cierre temporal):** |
|  |
| FECHA PREVISTA DE INICIO DE CIERRE: | FECHA PREVISTA DE REANUDACIÓN DE LA ACTIVIDAD: |
|  |
| **DECLARACIÓN RESPONSABLE DEL FARMACEUTICO TITULAR, SUSTITUTO O REGENTE DE LA OFICINA DE FARMACIA QUE SOLICITA EL CIERRE** |
| D./Dª, con D.N.I. nº , farmacéutico, en relación con el procedimiento de cierre por motivos profesionales o personales de la oficina de farmacia MU--F. **DECLARA RESPONSABLEMENTE,** Que se han adoptado las medidas que se relacionan, necesarias para garantizar el cumplimiento de las condiciones higiénico-sanitarias y de conservación en relación con los medicamentos y productos sanitarios durante el periodo de cierre temporal de conformidad con lo dispuesto en la Orden de 7 de junio de 1991, por la que se regula los requisitos técnicos sanitarios de las oficinas de farmacia:Y para que así conste y surta los efectos previstos de conformidad con lo dispuesto en el artículo 78.2.c) del Decreto 17/2001, de 16 de febrero, por el que se regulan los procedimientos de apertura, traslado, modificación, cierre y transmisión de las oficinas de farmacia, firmo la presente declaración. |
| **DOCUMENTACION A PRESENTAR (señalar la documentación que se adjunta a esta solicitud):** |
|[ ]  Justificante del pago de tasas (T811.3.b) |
|[ ]  Documentación acreditativa del motivo del cierre |
|[ ]  Garantías del cumplimiento de las condiciones higiénico-sanitarias y de conservación de medicamentos durante el cierre. |
|

|  |
| --- |
| **En , a** Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.**Firmado:**  |

 |



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**

Al firmar esta solicitud queda establecido que usted presta su consentimiento expreso al tratamiento de sus datos personales. Lea esta información antes de firmar.

**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 solicitud. Los datos objeto de tratamiento serán conservados durante el tiempo en que pueda exigirse algún tipo de responsabilidad derivada de una relación jurídica o ejecución del contrato, con el objetivo de atender las posibles responsabilidades nacidas del tratamiento durante el plazo de prescripción de estas.

**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 de la normativa recogida en la solicitud y por el consentimiento del interesado (artículos 6 y 8 de la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre de Protección de Datos Personales y garantías de los derechos digitales en relación con el artículo 6.1.a, c y e del Reglamento 2016/679 de Protección de Datos) de modo que no facilitar los datos provocará la imposibilidad de gestionar la solicitud y prestar el correspondiente servicio.

**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 dato**s: Además de los datos aportados por el interesado, también se obtienen datos procedentes de la Plataforma de Interoperabilidad de la CARM. Las categorías de datos que se tratan que se obtienen son datos de identificación.

**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&IDTIPO=100&RASTRO=c672$m