|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SOLICITUD DE VISITA DE INSPECCIÓN POR PUESTA EN FUNCIONAMIENTO DE OFICINA DE FARMACIA EN LOS PROCEDIMIENTOS DE APERTURA, TRANSMISIÓN, TRASLADO Y RETORNO A UBICACIÓN DE ORIGEN Procedimiento nº: 2565** | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  | | --- | | **SOLICITANTE (TITULAR/COTITULAR DE OFICINA DE FARMACIA)** | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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]** | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  | | --- | | **DATOS DE LA OFICINA DE FARMACIA:**  NÚMERO DE FARMACIA: |   TTTULAR/ES DE LA OFICINA DE FARMACIA: | | | | | | | | | | | | | | | |
| ZF o AZF: | | | | | NIF/CIF: RAZÓN SOCIAL(SOLO EN CASO DE COTTITULARIDAD) | | | | | | | | | | |
| CL /PL /AV/: | | | | NOMBRE DE LA VIA PÚBLICA: | | | | | NÚM: | LETRA: | ESC: | PISO: | PTA.: | C.P.: | |
| MUNICIPIO: | | | | | | | PROVINCIA: | | TELEFONO: | | CORREO ELECTRONICO: | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | |
| **Todas las notificaciones relacionadas con este procedimiento se realizarán por medios electrónicos a través del Servicio de Notificaciones Electrónica por comparecencia en la sede 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**](https://sede.carm.es/vernotificaciones) | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SUSCRIPCIÓN AL SERVICIO DE AVISOS DE NOTIFICACIONES**  **Marcar 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 | | | | | | | | | | | | |
| **DOCUMENTACION A PRESENTAR (señalar la documentación que se adjunta a esta solicitud):** | | | | | | | | | | | | | | |
| **1.- EN EL SUPUESTO DE NUEVA APERTURA, TRASLADO Y TRANSMISIÓN DE OFICINA DE FARMACIA** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Licencia de actividad o en su defecto, copia que acredite haberla instado | | | | | | | | | | | | | |
|  | Plano de distribución de la oficina de farmacia cotas de alturas, m2 totales dela OF y m2 de cada espacio en que debe estar distribuida obligatoriamente la oficina de farmacia(zona de atención al público, almacén, despacho, laboratorio y aseo) | | | | | | | | | | | | | |
|  | Plano de alzada,(puede ser sustituido por cualquier imagen) que muestre la señalización mínima obligatoria con que cuenta la oficina de farmacia(cruz verde con dispositivo luminoso y rótulo con la leyenda farmacia) | | | | | | | | | | | | | |
|  | Por medio de la presente solicitud DECLARO FORMALMENTE que la Oficina de Farmacia carece de señalización adicional (cruz adicional o cartel indicador) que precise de autorización específica conforme a lo establecido en el Decreto 456/2009, de 29 de diciembre | | | | | | | | | | | | | |
| **2.- EN LOS SUPUESTOS DE RETORNO A UBICACIÓN DE ORIGEN TRAS TRASLADO PROVISIONAL** | | | | | | | | | | | | | | |
|  | Certificación expedida por técnico competente en la que conste el nuevo estado del local, construcción, superficie útil del mismo, detalle de distribución, plantas ocupadas, eliminación de barreras arquitectónicas según formativa especifica aplicable, localización y características de los accesos a la vía publica | | | | | | | | | | | | | |
|  | Plano de distribución de la oficina de farmacia cotas de alturas, m2 totales dela OF y m2 de cada espacio en que debe estar distribuida obligatoriamente la oficina de farmacia(zona de atención al público, almacén, despacho, laboratorio y aseo) | | | | | | | | | | | | | |
|  | Plano de alzada,(puede ser sustituido por cualquier imagen) que muestre la señalización mínima obligatoria con que cuenta la oficina de farmacia(cruz verde con dispositivo luminoso y rótulo con la leyenda farmacia) | | | | | | | | | | | | | |
|  | Plano a escala del local propuesto en relación con el edificio del que forma parte. | | | | | | | | | | | | | |
|  | Por medio de la presente solicitud DECLARO FORMALMENTE que la Oficina de Farmacia carece de señalización adicional (cruz adicional o cartel indicador) que precise de autorización específica conforme a lo establecido en el Decreto 456/2009, de 29 de diciembre | | | | | | | | | | | | | |
|  | 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 . | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **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

Los datos de carácter personal recogidos en este documento se van a integrar en el fichero ATENCIÓN FARMACÉUTICA (creado por Orden de 12 de marzo de 2007 de la Consejería de Economía y Hacienda publicado en el B.O.R.M nº 92 de 23/04/2007) con la exclusiva finalidad de atender su solicitud. El responsable de este fichero es el Servicio de Ordenación y Atención Farmacéutica, ante cuyo titular puede el interesado ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición 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.