|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN SANITARIA DE SERVICIO DE FARMACIA.**  **Procedimiento nº2567:** | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | --- | --- | | **ACTUACIÓN QUE SOLICITA:** | | | | | | |  | Creación |  | Traslado |  | Ampliación/Modificación | |  | Cambio de titularidad |  | Revocación (cierre) |  | Cambio en nombramiento de farmacéuticos |  |  | | --- | | **SOLICITANTE:** | | | | | | | | | | | | | |
| 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**[1]** | | | | | | |
| |  | | --- | | **DATOS DEL CENTRO HOSPITALARIO:** | | | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE DEL CENTRO HOSPITALARIO : | | | | | | | | | | | | |
| NIF / CIF: | | | | APELLIDOS Y NOMBRE /RAZON SOCIAL: | | | | | | | | |
| CL /PL /AV/: | | | NOMBRE DE LA VIA PÚBLICA: | | | | NÚM: | LETRA: | ESC: | PISO: | PTA.: | C.P.: |
| MUNICIPIO: | | | | | PROVINCIA: | | TELEFONO: | | CORREO ELECTRONICO: | | | |
| **SOLICITUD [2] 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 de la CARM** **[3]**, 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 **[4]** 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 . | | | | | | | | | | | |
| **DOCUMENTACION A PRESENTAR (señalar la documentación que se adjunta a esta solicitud):** | | | | | | | | | | | | |
| **1.- EN EL SUPUESTO DE CREACIÓN** | | | | | | | | | | | | |
|  | Escritura donde aparezca el objeto social actualizado, en el caso de que el solicitante se trate de una persona jurídico privada | | | | | | | | | | | |
|  | Memoria de actividad del servicio de farmacia, junto con los procedimientos normalizados de trabajo de todas las actividades que se realicen en el servicio de farmacia aprobados por el Jefe de Servicio según Anexo II de este procedimiento. | | | | | | | | | | | |
|  | Documentación relativa al nombramiento del Responsable/ Jefe/a del Servicio de farmacia del hospital.   * Nombramiento por parte del titular del Hospital del Jefe de Servicio de Farmacia Hospitalaria y aceptación del nombramiento del farmacéutico especialista en farmacia hospitalaria. * Declaración jurada del Jefe de Servicio de Farmacia de no incurrir en incompatibilidad. * Copia del título de Farmacia Hospitalaria del Jefe de Servicio del Servicio de Farmacia. * Certificado de colegiación | | | | | | | | | | | |
|  | Planos del servicio de farmacia, a escala, en relación al edifico del que forma parte | | | | | | | | | | | |
|  | Plano de los locales destinados al Servicio de Farmacia, en el que aparezcan detalladas las distintas secciones (superficie, cotas de altura y distribución de las diferentes áreas); así como la localización del mobiliario y equipamiento. | | | | | | | | | | | |
| **2.- EN EL SUPUESTO DE AMPLIACIÓN/MODIFICACIÓN** | | | | | | | | | | | | |
|  | La fecha prevista para el comienzo de las obras será el día/mes  , y el plazo de ejecución estimado es de  días/meses  Haga clic aquí para escribir texto. | | | | | | | | | | | |
|  | Proyecto de las obras a realizar, elaborado por técnico competente | | | | | | | | | | | |
|  | Planos del servicio de farmacia, a escala, en relación al edifico del que forma parte. | | | | | | | | | | | |
|  | Plano de los locales destinados al Servicio de Farmacia, en el que aparezcan detalladas las distintas secciones (superficie, cotas de altura y distribución de las diferentes áreas); así como la localización del mobiliario y equipamiento. | | | | | | | | | | | |
|  | EN CASO DE DISPONER DE SALAS BLANCAS PARA ELABORACIÓN DE MEDICAMENTOS, documentación relativa a la clasificación o monitorización de las zonas limpias y entornos, concentración máxima de partículas en aire, controles microbiológicos. | | | | | | | | | | | |
|  | Certificación expedida por técnico competente en la que conste el estado de construcción del local, la superficie útil del mismo, detalle de su distribución, plantas que ocupa, supresión de barreras arquitectónicas según la normativa específica aplicable, localización exacta y características de sus accesos desde la vía pública. | | | | | | | | | | | |
|  | Se solicita el cierre temporal desde el dia  al día | | | | | | | | | | | |
|  | No se considera necesario el cierre temporal ya que **se declara responsablemente** que se adoptarán las medidas necesarias para garantizar la adecuada prestación de la atención farmacéutica, garantizar el cumplimiento de las condiciones higiénico-sanitarias y garantizar el cumplimiento de las condiciones de conservación en relación a los medicamentos y productos sanitarios durante la ejecución de las obras. | | | | | | | | | | | |
| **3.- EN EL SUPUESTO DE CAMBIO DE TITULARIDAD** | | | | | | | | | | | | |
|  | Escritura donde aparezca el objeto social actualizado, en el caso de que el solicitante se trate de una persona jurídico privada | | | | | | | | | | | |
|  | Memoria de actividad del servicio de farmacia, junto con los procedimientos normalizados de trabajo de todas las actividades que se realicen en el servicio de farmacia aprobados por el Jefe de Servicio según Anexo II de este procedimiento. | | | | | | | | | | | |
|  | Documentación relativa al nombramiento del Responsable/ Jefe/a del Servicio de farmacia del hospital.   * Propuesta de nombramiento por parte del titular del Hospital del Jefe de Servicio de Farmacia Hospitalaria y aceptación del mismo por parte del farmacéutico especialista en farmacia hospitalaria según ANEXO III * Declaración jurada del Jefe de Servicio de Farmacia de no incurrir en incompatibilidad. * Copia del título de Farmacia Hospitalaria del Jefe de Servicio del Servicio de Farmacia. * Certificado de colegiación | | | | | | | | | | | |
| **4.- EN EL SUPUESTO DE CIERRE** | | | | | | | | | | | | |
|  | | Justificación del cierre | | | | | | | | | | |
| **5.- EN EL SUPUESTO DE NOMBRAMIENTO DE PERSONAL FARMACÉUTICO:** | | | | | | | | | | | | |
|  | Organigrama del servicio de farmacia con descripción de funciones del personal técnico y auxiliar). Formación del personal. | | | | | | | | | | | |
|  | Propuesta de nombramiento por parte del titular del Hospital del Jefe de Servicio de Farmacia Hospitalaria y aceptación del mismo por parte del farmacéutico especialista en farmacia hospitalaria según ANEXO III. | | | | | | | | | | | |
|  | Declaración jurada del Jefe de Servicio de Farmacia de no incurrir en incompatibilidad | | | | | | | | | | | |
|  | Copia del título de Farmacia Hospitalaria del farmacéutico | | | | | | | | | | | |
|  | Certificado de colegiación | | | | | | | | | | | |
| |  | | --- | | **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.** | | | | | | | | | | | | |

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.

**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 Administraciones Públicas en el ejercicio de sus competencias, cuando sea necesario para la tramitación del presente procedimiento. 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:** 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 y académicos

**Contacto Delegado de Protección de Datos:** Inspección General de Servicios de la CARM; dirección de correo electrónico: [dpdigs@listas.carm.es](mailto: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