|  |
| --- |
| **COMUNICACIÓN PREVIA DE VENTA A DISTANCIA AL PÚBLICO DE MEDICAMENTOS VETERINARIOS NO SUJETOS A PRESCRIPCIÓN VETERINARIA EN EL ÁMBITO DE LA COMUNIDAD AUTÓNOMA DE LA REGIÓN DE MURCIA****Procedimiento nº: 2582** |
|  |
| 1. **TIPO DE COMUNICACIÓN:**
 |
| **☐ 1.1 COMUNICACIÓN INICIAL** | **☐ 1.2 MODIFICACIÓN DE LA COMUNICACIÓN INICIAL** | **☐ 1.3 CESE O BAJA DE LA ACTIVIDAD** |
|  |
| 1. **DECLARACIÓN DE INICIO DE ACTIVIDAD:**
 |
| De acuerdo con el [Real Decreto 544/2016, de 25 de noviembre](http://www.boe.es/diario_boe/txt.php?id=BOE-A-2016-11820), por el que se regula la venta a distancia al público de medicamentos veterinarios no sujetos a prescripción veterinaria, Comunico que desde el sitio Web , se va a proceder a realizar la actividad de venta de medicamentos veterinarios no sujetos a prescripción facultativa. |
|  |
| 1. **DATOS DEL ESTABLECIMIENTO:**
 |
| * 1. **DENOMINACIÓN DE LA EMPRESA**
 |
| NOMBRE / RAZON SOCIAL: | NIF/CIF: |
| * 1. **DOMICILIO SOCIAL**
 |
| CL /PL /AV/ | NOMBRE DE LA VIA PÚBLICA | NÚM | LETRA | ESC. | PISO | PTA | C.P. |
| MUNICIPIO/LOCALIDAD | CORREO ELECTRÓNICO | TELÉFONO: | FAX |
| * 1. **DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO (Cumplimentar sólo en caso de que sea diferente al domicilio social):**
 |
| CL /PL /AV/ | NOMBRE DE LA VIA PÚBLICA | NÚM | LETRA | ESC. | PISO | PTA | C.P. |
| MUNICIPIO/LOCALIDAD | CORREO ELECTRÓNICO | TELÉFONO: | FAX |
| * 1. **ACTUANDO COMO REPRESENTANTE LEGAL DE (EN SU CASO) [4]**
 |
| APELLIDOS Y NOMBRE / RAZON SOCIAL: | CARGO: | NIF/CIF: |
|  |
| 1. **DATOS DEL FARMACÉUTICO RESPONSABLE:**
 |
| APELLIDOS Y NOMBRE: | DNI/NIF: | Nº COLEGIADO: |
|  |
| 1. **OTROS DATOS:**
 |
| 5.1.- FECHA PREVISTA PARA EL COMIENZO DE LA ACTIVIDAD DE VENTA A DISTANCIA:  |
| 5.2.- INFORMACIÓN SOBRE LA TÉCNICA DE VENTA A DISTANCIA: |
| 5.3.- INFORMACIÓN SOBRE LOS PROCEDIMIENTOS DE ENVÍO: |
|  |
| **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 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 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  |
|  |
| **DECLARACIÓN RESPONSABLE DE LA PERSONA TITULAR O REPRESENTANTE DE LA EMPRESA RESPONSABLE DE LA VENTA A DISTANCIA AL PÚBLICO DE MEDICAMENTOS VETERINARIOS NO SUJETOS A PRESCRIPCIÓN VETERINARIA** |
|

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| APELLIDOS Y NOMBRE : | NIF/CIF:: | COMO:☐ Titular☐ Representante legal |
| En calidad de titular o representante de la empresa responsable de la distribución de productos sanitarios y/o productos sanitarios de diagnóstico in vitro, declaro:* Que la empresa cumple con los requisitos y obligaciones inherentes al ejercicio de la actividad de venta a distancia al público de medicamentos veterinarios no sujetos a prescripción veterinaria de acuerdo a la legislación vigente que le resulta de aplicación.
* Que dispone de la documentación que así lo acredita.
* Que los datos consignados en este formulario son ciertos.
* Que se compromete a presentar la documentación y a facilitar las inspecciones que sean requeridas por el Servicio de Ordenación y Atención Farmacéutica para la comprobación de la presente comunicación.
 |
| Firmado (*firma del titular de la actividad/representante legal y sello de la empresa*)**En , a** Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha. |

 |



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 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 dato**s: De los interesados. Las categorías de datos que se tratan son identificativos.

**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