|  |
| --- |
| **SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PARA LA OBTENCIÓN DE PLASMA RICO EN PLAQUETAS POR TÉCNICA ABIERTA.****Procedimiento: nº 2620** |
|  |
| **TIPO DE SOLICITUD:** |
| [ ]  Alta en la actividad [ ]  Baja de la actividad [ ]  Elaboración a terceros  |
| **USOS PREVISTOS:** |
| [ ]  Estéticos [ ]  Oftálmicos [ ]  Traumatólogos [ ]  Otros (especificar):  |
|

|  |
| --- |
| **SOLICITANTE:** |

 |
| APELLIDOS Y NOMBRE /RAZÓN SOCIAL: | NIF / CIF(\*): |
| DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN: |
| CL /PL /AV/: | NOMBRE DE LA VIA PÚBLICA: | NÚM: | LETRA: | ESC: | PISO: | PTA.: | C.P.: |
| MUNICIPIO: | PROVINCIA: | TELÉFONO: | CORREO ELECTRÓNICO: |
| APELLIDOS Y NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL**[1]** | NIF REPRESENTANTE LEGAL(EN SU CASO)(\*): |
|

|  |
| --- |
| **DATOS DEL CENTRO SANITARIO/HOSPITALARIO:** |

 |
| NOMBRE DEL CENTRO: | Nº AUTORIZACIÓN (R.E.S): |
| APELLIDOS Y NOMBRE /RAZÓN SOCIAL: | NIF / CIF (\*): |
| CL /PL /AV/: | NOMBRE DE LA VIA PÚBLICA: | NÚM: | LETRA: | ESC: | PISO: | PTA.: | C.P.: |
| MUNICIPIO: | PROVINCIA: | TELÉFONO: | CORREO ELECTRÓNICO: |
|  **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):** |
|[ ]  Documento acreditativo de la personalidad física o jurídica del solicitante y/o la representación que ostente (\*) |
|[ ]  Título de Representación/Apoderamiento y NIF del representante (en su caso)  |
|[ ]  Planos de situación del área donde realiza la obtención del PRP dentro del local donde se desarrolle la actividad. |
|[ ]  Documento de Consentimiento informado del paciente. |
|[ ]  Memoria explicativa de la actividad e instalaciones ( Responsables, Descripción del proceso de elaboración, donde quede definido el tipo de producto final a obtener) |
|[ ]  Documentación de los equipos utilizados: centrífuga, material sanitario, etc... |
|[ ]  Listado de Procedimientos Normalizados de Trabajo (PNTs) y Registros elaborados en el establecimiento a disposición de la Autoridad Sanitaria. |
|[ ]  **En caso de Elaboración a Terceros**:[ ]  Documento escrito donde se reflejen las responsabilidades de cada una de las partes. |
|[ ]  Listado de personal profesional sanitario y titulación, implicado en la obtención / aplicación del PRP. |
| (\*) 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.** |

|  |
| --- |
| **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] Debe aportarse documento acreditativo de esa representación

[2] 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.

[3] 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.

**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.

**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>