|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SOLICITUD DE NOMBRAMIENTO DE FARMACÉUTICO SUSTITUTO DE OFICINA DE FARMACIA**  **Procedimiento-2630** | | | | | | | | | | | | | | |
| |  | | --- | | **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 | | | | | | | | | | | | |
| |  | | --- | | **SOLICITA:**  El nombramiento del farmacéutico citado a continuación, como **FARMACÉUTICO** **SUSTITUTO** de la Oficina de Farmacia MU--F desde el día  hasta el día | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | |
| **DATOS DEL FARMACÉUTICO PROPUESTO** | | | | | | | | | | | | |
| 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: | | | | |
| NÚMERO DE COLEGIADO | | | | | | |  | | | | | | | |
| **MOTIVACIÓN DE LA PROPUESTA:** | | | | | | | | | | | | | |
| Enfermedad o deficiencia de carácter físico o psíquico no persistente del titular Estudios de especialización del titular  Elección a cargo público o cargos de representación corporativos o profesionales del titular Otros | | | | | | | | | | | | | |
| **DOCUMENTACION A PRESENTAR (señalar la documentación que se adjunta a esta solicitud):** | | | | | | | | | | | | | |
| Certificación de que concurren las circunstancias previstas en el apartado anterior  Certificado de colegiación del farmacéutico propuesto | | | | | | | | | | | | | |
| |  | | --- | | **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 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 o 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.