|  |
| --- |
| **SOLICITUD DE CERTIFICACIÓN DE NORMAS DE BUENA PRÁCTICA CLÍNICA EN UNIDADES DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA FASE I.** **Procedimiento nº2610** |
|

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

 |
| NIF / CIF: | APELLIDOS Y NOMBRE /RAZÓN SOCIAL: |
| 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: |
| NIF REPRESENTANTE LEGAL (EN SU CASO): | APELLIDOS Y NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL**[1]** |
|

|  |
| --- |
| **DATOS DE LA UNIDAD DE INVESTIGACIÓN CLÍNICA:** |

 |
| NOMBRE DE LA UNIDAD: |
| NIF / CIF: | APELLIDOS Y NOMBRE /RAZÓN SOCIAL: |
| 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 . |
| **MOTIVO DE LA PETICIÓN:** |
| [ ] Certificación inicial | [ ] Renovación |
| **DOCUMENTACION A PRESENTAR (señalar la documentación que se adjunta a esta solicitud):** |
|[ ]  Memoria:[ ] Organigrama de la unidad[ ] Registros actualizados de la cualificación y formación del personal[ ] Plano de instalaciones[ ] Relación detallada y actualizada del equipamiento de la unidad[ ] Listado actualizado de procedimientos normalizados de trabajo[ ] Listado de ensayos clínicos fase I realizados desde la última certificación (sólo en caso de renovación) |
|[ ]  Justificante abono tasa administrativa T815 |
|

|  |
| --- |
| **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.

[4] 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:**

**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 del procedimiento de transmisión de oficinas de farmacia. 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 tratamiento es necesario para el cumplimiento de una misión realizada en interés público o en el ejercicio de poderes públicos conferidos al responsable del tratamiento en virtud de la Ley 3/1997, de 28 de mayo, de Ordenación Farmacéutica de la Región de Murcia.

**Destinatarios de cesiones de datos**: Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia.

**Procedencia de los datos**: Los datos son aportados por el interesado. Las categorías de datos que se tratan son datos de identificación, profesionales y tributarios.

**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.

**Información adicional**: Puede consultar información adicional y detallada sobre Protección de Datos en la siguiente dirección: <http://www.carm.es/web/pagina?IDCONTENIDO=62678&IDTIPO=100&RASTRO=c672$m>

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