|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **REGISTRO OFICIAL DE ESTABLECIMIENTOS RELACIONADOS CON EL MEDICAMENTO VETERINARIO EN LA REGION DE MURCIA**  **Procedimiento nº: 6504** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **AUTORIZACIÓN COMERCIALIZACIÓN AL POR MENOR DE MEDICAMENTOS VETERINARIOS: ESTABLECIMIENTO COMERCIAL DETALLISTA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TIPO DE COMUNICACIÓN**  **AUTORIZACIÓN / INSCRIPCIÓN INICIAL DE FUNCIONAMIENTO**  **CESE DE ACTIVIDAD**  **MODIFICACIÓN DE LA AUTORIZACIÓN:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | **De Titularidad** | **Denominación anterior de la Empresa** |  | |  | **De Domicilio Social** | **Domicilio Social anterior** |  | |  | **De Domicilio del Establecimiento** | **Domicilio anterior del Establecimiento** |  | |  | **De Técnico Responsable** | **Técnico Responsable anterior** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **COMUNICACIÓN PREVIA ACTIVIDAD DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS VETERINARIOS NO SUJETOS A PRESCRIPCIÓN VETERINARIA** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **TIPO DE COMUNICACIÓN**  **COMUNICACIÓN INICIO DE ACTIVIDAD**  **COMUNICACIÓN CESE DE ACTIVIDAD**  **OTRAS COMUNICACIONES:**   |  |  |  |  | | --- | --- | --- | --- | |  | **Cambio de Titularidad** | **Denominación anterior de la Empresa** |  | |  | **Cabio de Domicilio Social** | **Domicilio Social anterior** |  | |  | **Cambio de Domicilio del Establecimiento** | **Domicilio anterior del Establecimiento** |  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **SOLICITANTE:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| APELLIDO 1º | | | APELLIDO 2º | | | | NOMBRE: | | | | | | | | | NIF/CIF: | | | | |
| DIRECCIÓN A EFECTOS DE NOTIFICACIONES (Calle, avenida, plaza, nº, piso, puerta), | | | | | | | | | | | | MUNICIPIO: | | | | | | | C.P. | |
| TELÉFONO: | | | TELÉFONO MÓVIL | | | | CORREO ELECTRÓNICO: | | | | | | | | | | | | | |
| **ACTUANDO COMO REPRESENTANTE LEGAL DE (EN SU CASO) [4]** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| APELLIDOS Y NOMBRE / RAZON SOCIAL: | | | | | | | CARGO: | | | | | | | | | NIF/CIF: | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **DATOS DE LA EMPRESA:** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 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. **TÉCNICO RESPONSABLE (Cumplimentar solo en caso de solicitud de autorización de Establecimiento Comercial Detallista):** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| APELLIDO 1º | | | APELLIDO 2º | | | | NOMBRE: | | NIF: | | | | | | | TELÉFONO: | | | | |
| TITULACIÓN ACADÉMICA | | | | Nº COLEGIACIÓN | CORREO ELECTRÓNICO | | | | | | | | PROVINCIA DE COLEGIACIÓN | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| **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 administrativos que se 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 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | | **DOCUMENTACION A PRESENTAR (señalar la documentación que se adjunta a esta solicitud):** | | | | **1. EN CASO DE AUTORIZACIÓN INICIAL** | | |  | Justificación documental de la disponibilidad jurídica del local: escritura de propiedad o contrato de arrendamiento. | | **☐** | Licencia Municipal de Actividad o Declaración Responsable, en su caso. | | **☐** | Escritura/s que acredite/n el objeto social actualizado y los administradores de la sociedad | | **☐** | Memoria descriptiva de la/s actividad/es, que incluirá: - Plano o Croquis de instalaciones, indicando las dimensiones de estas, la distribución de las distintas áreas de trabajo, así como la disposición de los equipos. - Listado de los Procedimientos Normalizados de trabajo de todas las actividades del establecimiento elaborado, fechado y firmado por el Director técnico o el Farmacéutico Responsable. - Descripción del plan de emergencia que garantice la efectiva aplicación de cualquier retirada del mercado de medicamentos y/o piensos medicamentosos. - Zona o territorio que pretende abastecer. - Relación de equipamiento. - Horario de funcionamiento. | | **☐** | Procedimientos Normalizados de Trabajo, y sus registros asociados. | | **2. EN CASO DE CAMBIO DE TITULARIDAD** | | | **☐** | Justificación documental de la disponibilidad jurídica del local: escritura de propiedad o contrato de arrendamiento. | | **☐** | Licencia Municipal de Actividad o Declaración Responsable, en su caso. | | **☐** | Escritura/s que acredite/n el objeto social actualizado y los administradores de la sociedad | | **☐** | Documentación que acredite el cambio solicitado | | **3. EN CASO DE TRASLADO DE LAS INSTALACIONES** | | | **☐** | Justificación documental de la disponibilidad jurídica del local: escritura de propiedad o contrato de arrendamiento. | | **☐** | Licencia Municipal de Actividad o Declaración Responsable, en su caso. | | **☐** | Escritura/s que acredite/n el objeto social actualizado y los administradores de la sociedad | | **☐** | Memoria descriptiva de la/s actividad/es, que incluirá: - Plano o Croquis de instalaciones, indicando las dimensiones de estas, la distribución de las distintas áreas de trabajo, así como la disposición de los equipos. - Listado de los Procedimientos Normalizados de trabajo de todas las actividades del establecimiento elaborado, fechado y firmado por el Director técnico o el Farmacéutico Responsable. - Descripción del plan de emergencia que garantice la efectiva aplicación de cualquier retirada del mercado de medicamentos y/o piensos medicamentosos. - Zona o territorio que pretende abastecer. - Relación de equipamiento. - Horario de funcionamiento | | **☐** | Procedimientos Normalizados de Trabajo, y sus registros asociados. | | **4. EN RELACIÓN AL FARMACÉUTICO RESPONSABLE** | | | **☐** | Nombramiento del Técnico Farmacéutico Responsable por parte del titular o persona facultada para ello y aceptación de aquel, firmado por ambos. - Relación de los diferentes Servicios Farmacéuticos de los que es Responsable, con especificación del nº de registro del establecimiento, así como días que presta servicio en cada establecimiento con indicación de la dedicación horaria. - Responsabilidades del técnico firmadas por el titular o representate y el propio técnico. | | **☐** | Declaración responsable de no hallarse incurso en ninguna causa de incompatibilidad con el ejercicio de otras actividades de carácter sanitario que supongan intereses directos con la dispensación o fabricación de medicamentos o que vaya en detrimento del adecuado cumplimiento de sus funciones. | | **☐** | Certificado de colegiación o compromiso de la colegiación que deberá ser efectiva en el momento de la legislación | | **5. EN CASO DE COMUNICACIÓN DE ACTIVIDAD DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS VETERINARIOS NO SUJETOS A PRESCRIPCIÓN** | | | **☐** | Justificación documental de la disponibilidad jurídica del local: escritura de propiedad o contrato de arrendamiento. | | **☐** | Licencia Municipal de Actividad o Declaración Responsable, en su caso. | | **☐** | Escritura/s que acredite/n el objeto social actualizado y los administradores de la sociedad | | **☐** | Declaración Responsable en la que se manifieste que el establecimiento distribuye únicamente Medicamentos que NO requieren prescripción veterinaria, destinados a perros y gatos, animales de terrario, pájaros domiciliarios, peces de acuario y pequeños roedores y en cuya presentación comercial se haga constar que exclusivamente están destinados a tales especies. Que el establecimiento cumple con las exigencias de almacenamiento y conservación para medicamentos sin receta recogidos en el artículo 89 del Real Decreto 109/1995, de 27 de enero, sobre medicamentos veterinarios, y que la documentación relacionada con la actividad comunicada se conservará, al menos, durante 5 años. | | **☐** | Memoria descriptiva de la/s actividad/es, que incluirá: - Plano o Croquis de instalaciones, indicando las dimensiones de estas, la distribución de las distintas áreas de trabajo, así como la disposición de los equipos. - Listado de los Procedimientos Normalizados de trabajo de todas las actividades del establecimiento elaborado, fechado y firmado por el Director técnico o el Farmacéutico Responsable. - Descripción del plan de emergencia que garantice la efectiva aplicación de cualquier retirada del mercado de medicamentos y/o piensos medicamentosos. - Zona o territorio que pretende abastecer. - Relación de equipamiento. - Horario de funcionamiento | | **☐** | Procedimientos Normalizados de Trabajo, y sus registros asociados. | |  |  | | **☐** | **Declaro que los datos consignados en este formulario son ciertos.** |   **En , a** Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.  **Firma: El/la representante legal** | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

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**

**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 o comunicación previa. 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:** Consejería competente en materia de agricultura.

**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:** De los interesados. Las categorías de datos que se tratan son identificativos y académicos.

**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