|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SEÑALIZACIÓN ADICIONAL DE OFICINA DE FARMACIA**  **Procedimiento nº: 6505** | | | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | | | |
| |  | | --- | | **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 :** Autorización de la siguiente señalización adicional, en la oficina de farmacia de la que soy titular/cotitular:  **CARTEL INDICADOR**  **CRUZ ADICIONAL** | | | | | | | | | | | | | |
| **DOCUMENTACION A PRESENTAR (señalar la documentación que se adjunta a esta solicitud):** | | | | | | | | | | | | |
| **En el supuesto de solicitud de cruz adicional:** | | | | | | | | | | | | |
| Plano elaborado por organismo oficial, en el que se muestra el emplazamiento, situación y distancias del lugar propuesto para la ubicación de la cruz, respecto de la línea de fachada de la puerta de entrada al público a la oficina de farmacia del solicitante y de la línea de edificación de la vía pública de acceso a la misma, con informe sobre la medición realizada por técnico competente | | | | | | | | | | | | |
| Descripción completa del cartel que se pretende instalar, indicando las características y medidas. | | | | | | | | | | | | |
| Justificación de abono de la tasa correspondiente | | | | | | | | | | | | |
| **En el supuesto de solicitud de cartel indicador:** | | | | | | | | | | | | |
| Plano elaborado por organismo oficial, que muestra el emplazamiento, situación y distancias del lugar propuesto para la ubicación del cartel, respecto de la oficina de farmacia del solicitante y de las oficinas de farmacia y los centros sanitarios más próximos, con indicación del itinerario e informe de la medición practicada por la vía más corta realizada por técnico competente  Informe emitido por técnico competente, acreditando que la oficina de farmacia del solicitante se encuentra situada a más de tres kilómetros de cualquier oficina de farmacia por la vía de comunicación más corta | | | | | | | | | | | | |
| Descripción completa del cartel que se pretende instalar, indicando las características y medidas. | | | | | | | | | | | | |
| Justificación de abono de la tasa correspondiente | | | | | | | | | | | | |
| |  | | --- | | **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.