|  |
| --- |
| **SOLICITUD DE ACREDITACIÓN PARA PROPORCIONAR SISTEMAS PERSONALIZADOS DE DOSIFICACIÓN (SPD) EN OFICINAS DE FARMACIA****Procedimiento nº2618** |
|  |
| **SOLICITANTE (TITULAR/COTITULAR DE OFICINA DE FARMACIA)** |
| 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: | TELEFONO: | CORREO ELECTRONICO: |
| NIF REPRESENTANTE LEGAL EN SU CASO: | APELLIDOS Y NOMBRE REPRESENTANTE LEGAL**[1]** |
|  |
|

|  |
| --- |
| DATOS DE LA OFICINA DE FARMACIA: NÚMERO DE FARMACIA:  |

TITULAR/ES DE LA OFICINA DE FARMACIA:  |
| ZF o AZF: | NIF/CIF: RAZÓN SOCIAL (SÓLO EN CASO DE COTITULARIDAD):   |
| 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:**☐ Acreditación para la preparación de sistemas personalizados de dispensación. |

 |
| **DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR (señalar la documentación que se adjunta a esta solicitud):** |
| ☐Declaración responsable en la que se indique que en la oficina de farmacia se utilizan SPD y que cumplen los procedimientos normalizados de trabajo (PNT) establecidos en el curso de formación recibido.☐Relación de los farmacéuticos de la oficina de farmacia que disponen del curso de formación en preparación de SPD impartido por el COFRM o por entidades formativas reconocidas por la Consejería de Salud. |
|

|  |
| --- |
| **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

Los datos de carácter personal recogidos en este documento se van a integrar en el fichero correspondiente con la exclusiva finalidad de atender su solicitud, 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.