|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **ANEXO III. DECLARACIÓN DE SITUACIÓN ACTUAL DE LA EMPRESA EN PROCEDIMIENTO DE REVALIDACIÓN**  **Procedimiento nº: 1675** | | | | | | | | | | | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **DATOS DE LA EMPRESA:** | | | | | | | | | | | |
| **1.- DENOMINACIÓN DE LA EMPRESA** | | | | | | | | | | | |
| NOMBRE / RAZON SOCIAL: | | | | | | | | NIF/CIF: | | | |
| **2.- DOMICILIO SOCIAL** | | | | | | | | | | | |
| CL /PL /AV/ | NOMBRE DE LA VIA PÚBLICA | | NÚM | LETRA | ESC. | | PISO | | PTA | | C.P. |
| MUNICIPIO/LOCALIDAD | | CORREO ELECTRÓNICO | | | | TELÉFONO: | | | | FAX | |
| **3.- DOMICILIO DEL FABRICANTE (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 | |
|  | | | | | | | | | | | |
| **Declaración en nombre y representación de la empresa (Marcar la casilla adecuada):** | | | | | | | | | | | |
| |  |  | | --- | --- | | **D/Dª** |  | |  | DECLARA: que las condiciones iniciales en las que se emitió, por la Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de Murcia, la “Licencia Sanitaria de Funcionamiento de Instalación de Productos Sanitarios a Medida”, **no se han** **modificado**, por lo que actualmente los datos correspondientes a la citada licencia son iguales a los que se tuvieron en cuenta para emitir la Resolución inicial.  Declaración que se realiza a los efectos de Revalidación de la citada Licencia, para su presentación ante la Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de Murcia. | |  | DECLARA: que las condiciones iniciales en las que se emitió, por la Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de Murcia, la “Licencia Sanitaria de Funcionamiento de Instalación de Productos Sanitarios a Medida”, **se han** **modificado**, por lo que se aportan los datos y documentos que acreditan los cambios producidos.  Declaración que se realiza a los efectos de Revalidación de la citada Licencia, para su presentación ante la Consejería de Salud de la Comunidad Autónoma de Murcia. | | | | | | | | | | | | |
| **En , a** Haga clic aquí o pulse para escribir una fecha.  **Firma: El/la representante legal** | | | | | | | | | | | |

C:\Users\esg12n\AppData\LocalLow\Temp\Microsoft\OPC\DDT.b37oaav0kf53en7eau0ao22zc.tmp

Comunidad Autónoma de la Región de Murcia

Dirección General de Planificación, Investigación, Farmacia y Atención al Ciudadano

Servicio de Ordenación y Atención Farmacéutica

Los datos de carácter personal recogidos en este documento se van a integrar en el fichero/tratamiento PRODUCTOS SANITARIOS con la exclusiva finalidad de tramitar el expediente correspondiente. El responsable de este fichero/tratamiento es la Dirección General de Planificación, Financiación Sanitaria y Política 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.