|  |
| --- |
| **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** |



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.