

**JUNTA DE ANDALUCIA**

CONSEJERÍA DE SALUD

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

**SOLICITUD**

**AUTORIZACIÓN DE LAS INSTALACIONES DONDE SE ELABORAN LAS FÓRMULAS MAGISTRALES Y PREPARADOS OFICINALES EN LA OFICINA DE FARMACIA**

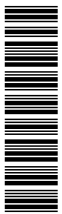
Decreto ..... / ..... de ..... de ..... (BOJA nº ..... de fecha ..... )

<b>1 DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE (*)</b>				
APELLIDOS Y NOMBRE:			SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE/NIF:
DOMICILIO DE OFICINA DE FARMACIA:				
TIPO VÍA:	NOMBRE VÍA:			
NÚMERO:	LETRA:	ESCALERA:	PISO:	PUERTA:
MUNICIPIO:		PROVINCIA:		C. POSTAL:
TELÉFONO:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:		

<b>2 DATOS DE PERSONAS SOLICITANTES</b> (Sólo para casos de oficina de farmacia con cotitulares)				
APELLIDOS Y NOMBRE:			SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE/NIF:
APELLIDOS Y NOMBRE:			SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE/NIF:
APELLIDOS Y NOMBRE:			SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE/NIF:
APELLIDOS Y NOMBRE:			SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE/NIF:
APELLIDOS Y NOMBRE:			SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE/NIF:

\* En caso de cotitularidad rellenar los datos de la oficina de farmacia en el recuadro 1 y los datos de todas las personas cotitulares en el recuadro 2

<b>3 CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE</b>		
La persona abajo firmante presta su <b>CONSENTIMIENTO</b> para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad.		
<input type="checkbox"/>	APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI/NIE/NIF: FIRMA:
	APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI/NIE/NIF: FIRMA:
	APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI/NIE/NIF: FIRMA:
	APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI/NIE/NIF: FIRMA:
	APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI/NIE/NIF: FIRMA:
<input type="checkbox"/>	<b>NO CONSIENTE</b> y aporta fotocopia autenticada del DNI/NIE.	
	APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI/NIE/NIF: FIRMA:
	APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI/NIE/NIF: FIRMA:



002470D

00099297

CÓDIGO IDENTIFICATIVO
-----------------------

<b>3</b>	<b>CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE</b> (Continuación)		
	APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI/NIE/NIF:	FIRMA:
	APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI/NIE/NIF:	FIRMA:
	APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI/NIE/NIF:	FIRMA:

<b>4</b>	<b>DOCUMENTACIÓN ADJUNTA</b>
<input type="checkbox"/>	Planos de las instalaciones en los que se diferencien las zonas y elementos que se establecen en el apartado 2.1.8 del Capítulo II del Real Decreto 175/2001, de 23 de febrero, por el que se aprueban las normas de correcta elaboración y control de calidad de fórmulas magistrales y preparados oficinales.
<input type="checkbox"/>	Memoria de las actividades a desarrollar indicando las formas farmacéuticas que se van a elaborar.
<input type="checkbox"/>	Memoria técnica donde se describan las instalaciones, utillaje y material disponible para la elaboración y control de las formas farmacéuticas que vaya a preparar.
<input type="checkbox"/>	Identificación de la o las personas farmacéuticas responsables de las operaciones correspondientes.
<input type="checkbox"/>	Relación del resto del personal del establecimiento que participe en la elaboración de fórmulas magistrales y preparados oficinales, especificando sus funciones, responsabilidades y nivel de formación.
<input type="checkbox"/>	Listado de procedimientos normalizados de trabajo y modelos de registros existentes de las fases de la elaboración y control de las formas farmacéuticas que se van a realizar.
<input type="checkbox"/>	Modelos del etiquetado y de hoja de información al paciente.
<input type="checkbox"/>	Sistema de tratamiento de los residuos y de prevención de riesgos para la salud pública y el medio ambiente.

<b>5</b>	<b>SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA</b>
La persona/personas abajo firmantes <b>SOLICITA/SOLICITAN</b> autorización de las instalaciones de la oficina de farmacia indicada donde se elaboran las fórmulas magistrales y preparados oficinales, en los siguientes niveles de elaboración. (Marque las que vaya a elaborar en su oficina de farmacia)	
<input type="checkbox"/>	Nivel 1. Elaboración de Formas farmacéuticas tópicas, Formas farmacéuticas orales, rectales y vaginales líquidas.
<input type="checkbox"/>	Nivel 2. Elaboración de:
<input type="checkbox"/>	Formas farmacéuticas orales sólidas:
<input type="checkbox"/>	Píldoras
<input type="checkbox"/>	Cápsulas
<input type="checkbox"/>	Comprimidos
<input type="checkbox"/>	Formas farmacéuticas rectales sólidas
<input type="checkbox"/>	Formas farmacéuticas vaginales sólidas
<input type="checkbox"/>	Nivel 3.
<input type="checkbox"/>	Formas farmacéuticas estériles
<input type="checkbox"/>	Liofilizados
	En ..... a ..... de ..... de .....
	LA PERSONA SOLICITANTE O REPRESENTANTE
	Fdo.: .....

<b>5.1</b>	<b>FIRMA DE LAS PERSONAS SOLICITANTES</b> (Sólo para caso de cotitularidad)		
	APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI/NIE/NIF:	FIRMA:
	APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI/NIE/NIF:	FIRMA:
	APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI/NIE/NIF:	FIRMA:

00099297

002470D

(Página 3 de 3 )

ANEXO I

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

5.1 FIRMA DE LAS PERSONAS SOLICITANTES (Sólo para caso de cotitularidad)		
APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI/NIE/NIF:	FIRMA:
APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI/NIE/NIF:	FIRMA:

**ILMO/A. SR./A DELEGADO/A TERRITORIAL DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES EN .....****PROTECCIÓN DE DATOS**

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en el fichero parcialmente automatizado SICESS perteneciente a la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica de la Consejería de Salud. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la resolución del procedimiento y la inscripción en el mencionado Registro. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Delegación Territorial o Provincial correspondiente.

002470D

00099297

**JUNTA DE ANDALUCÍA**

**CONSEJERÍA DE SALUD**

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

**SOLICITUD**

**AUTORIZACIÓN DE ELABORACIÓN PARA TERCEROS DE FÓRMULAS MAGISTRALES Y PREPARADOS OFICINALES**

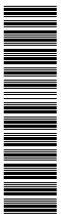
Decreto ..... / ..... de ..... de ..... (BOJA nº ..... de fecha ..... )

<b>1 DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE (*)</b>				
APELLIDOS Y NOMBRE:			SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE/NIF:
DOMICILIO DE OFICINA DE FARMACIA:				
TIPO VÍA:	NOMBRE VÍA:			
NÚMERO:	LETRA:	ESCALERA:	PISO:	PUERTA:
MUNICIPIO:		PROVINCIA:		C. POSTAL:
TELÉFONO:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:		

<b>2 DATOS DE PERSONAS SOLICITANTES (Sólo para casos de oficina de farmacia con cotitulares)</b>				
APELLIDOS Y NOMBRE:			SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE/NIF:
APELLIDOS Y NOMBRE:			SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE/NIF:
APELLIDOS Y NOMBRE:			SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE/NIF:
APELLIDOS Y NOMBRE:			SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE/NIF:
APELLIDOS Y NOMBRE:			SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE/NIF:

\* En caso de cotitularidad rellenar los datos de la oficina de farmacia en el recuadro 1 y los datos de todas las personas cotitulares en el recuadro 2

<b>3 CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE</b>		
La persona abajo firmante presta su <b>CONSENTIMIENTO</b> para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad.		
<input type="checkbox"/>	APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI/NIE/NIF: FIRMA:
	APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI/NIE/NIF: FIRMA:
	APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI/NIE/NIF: FIRMA:
	APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI/NIE/NIF: FIRMA:
	APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI/NIE/NIF: FIRMA:
<input type="checkbox"/>	<b>NO CONSIENTE</b> y aporta fotocopia autenticada del DNI/NIE.	
	APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI/NIE/NIF: FIRMA:
	APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI/NIE/NIF: FIRMA:



002470/A02D

CÓDIGO IDENTIFICATIVO
-----------------------

<b>3</b>	<b>CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE</b> (Continuación)		
	APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI/NIE/NIF:	FIRMA:
	APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI/NIE/NIF:	FIRMA:
	APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI/NIE/NIF:	FIRMA:

<b>4</b>	<b>DOCUMENTACIÓN QUE ACOMPAÑA A LA SOLICITUD</b>
<input type="checkbox"/> Planos del local de preparación, en los que se diferencien las zonas y elementos que se establecen en el apartado 2.1.8 del Capítulo II del Real Decreto 175/2001, de 23 de febrero, por el que se aprueban las normas de correcta elaboración y control de calidad de fórmulas magistrales y preparados oficinales. <input type="checkbox"/> Memoria de las actividades a desarrollar indicando las formas farmacéuticas que se van a elaborar para terceros. <input type="checkbox"/> Memoria técnica donde se describan las instalaciones, utillaje y material disponible para la elaboración y control de las formas farmacéuticas que vaya a preparar para terceros. <input type="checkbox"/> Identificación de la o las personas farmacéuticas responsables de las operaciones de la elaboración de fórmulas magistrales y preparados oficinales para terceros correspondientes. <input type="checkbox"/> Relación del resto del personal del establecimiento que participe en la elaboración de fórmulas magistrales y preparados oficinales para terceros, especificando sus funciones, responsabilidades y nivel de formación. <input type="checkbox"/> Listado de procedimientos normalizados de trabajo y modelos de registros existentes de las fases de la elaboración y control de las formas farmacéuticas que se van a realizar para terceros. <input type="checkbox"/> Modelos del etiquetado y de hoja de información al paciente. <input type="checkbox"/> Procedimiento normalizado de trabajo (PNT) relativo al transporte y entrega de las preparaciones elaboradas para terceros. <input type="checkbox"/> Sistema de tratamiento de los residuos y de prevención de riesgos para la salud pública y el medio ambiente.	

<b>5</b>	<b>SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA</b>
<p>La persona/personas abajo firmantes <b>SOLICITA/SOLICITAN</b> autorización para la elaboración para terceros de fórmulas magistrales y preparados oficinales en las instalaciones arriba indicadas de acuerdo con las normas de correcta fabricación y control de fórmulas magistrales y preparados oficinales reguladas en el Real Decreto 175/2001, de 23 de febrero, por el que se aprueban las normas de correcta elaboración y control de calidad de fórmulas magistrales y preparados oficinales, en las siguientes formas farmacéuticas:</p> <p style="text-align: center;">En ..... a ..... de ..... de .....</p> <p style="text-align: center;">LA PERSONA SOLICITANTE O REPRESENTANTE</p> <p style="text-align: center;">Fdo.: .....</p>	

<b>5.1</b>	<b>FIRMA DE LAS PERSONAS SOLICITANTES (SOLO PARA CASO DE COTITULARIDAD)</b>		
	APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI/NIE/NIF:	FIRMA:
	APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI/NIE/NIF:	FIRMA:
	APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI/NIE/NIF:	FIRMA:
	APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI/NIE/NIF:	FIRMA:
	APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI/NIE/NIF:	FIRMA:

ILMO/A. SR./A DELEGADO/A TERRITORIAL DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES EN .....

002470/A02D

00099297

CÓDIGO IDENTIFICATIVO
-----------------------

**PROTECCIÓN DE DATOS**

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en el fichero parcialmente automatizado SICESS perteneciente a la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica de la Consejería de Salud. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la resolución del procedimiento y la inscripción en el mencionado Registro. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Delegación Territorial o Provincial correspondiente.

002470/A02D

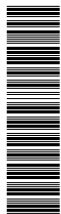
00099297

JUNTA DE ANDALUCIA

CONSEJERÍA DE SALUD

## DOCUMENTO ANEXO A CONTRATOS DE ELABORACIÓN POR TERCEROS DE FÓRMULAS MAGISTRALES Y PREPARADOS OFICINALES

1 DATOS DE LA OFICINA DE FARMACIA DISPENSADORA							
DENOMINACIÓN:				NIF:		OFICINA DE FARMACIA Nº:	N.I.C.A.:
TIPO VÍA:		NOMBRE VÍA:					
PORTAL:	KM VIA:	NÚMERO:	LETRA:	BLOQUE:	ESCALERA:	PISO:	PUERTA:
COMPLEMENTO DE DOMICILIO:		LOCALIDAD/ENTIDAD DE POBLACIÓN:		MUNICIPIO:		PROVINCIA:	C. POSTAL:
NOMBRE Y APELLIDOS DE LA PERSONA TITULAR/PERSONAS COTITULARES:							DNI/NIE/NIF:
NOMBRE Y APELLIDOS DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL, EN SU CASO:							
TELÉFONO:		FAX:		CORREO ELECTRÓNICO:			
2 DATOS DE LA OFICINA DE FARMACIA ELABORADORA							
DENOMINACIÓN:				NIF:		OFICINA DE FARMACIA Nº:	N.I.C.A.: (1)
TIPO VÍA:		NOMBRE VÍA:					
PORTAL:	KM VIA:	NÚMERO:	LETRA:	BLOQUE:	ESCALERA:	PISO:	PUERTA:
COMPLEMENTO DE DOMICILIO:		LOCALIDAD/ENTIDAD DE POBLACIÓN:		MUNICIPIO:		PROVINCIA:	C. POSTAL:
NOMBRE Y APELLIDOS DE LA PERSONA TITULAR/PERSONAS COTITULARES:							DNI/NIE/NIF:
NOMBRE Y APELLIDOS DEL/DE LA REPRESENTANTE LEGAL, EN SU CASO:							
TELÉFONO:		FAX:		CORREO ELECTRÓNICO:			
DATOS DE LA RESOLUCIÓN DE AUTORIZACIÓN DE ELABORACIÓN PARA TERCEROS:							
3 ACUERDO							
La oficina de farmacia dispensadora podrá encargar a la oficina de farmacia elaboradora la elaboración o el control de calidad de una o varias fases de las formas galénicas que se indican a continuación (marque con una X e indique la fase o fases que se encomiendan):							
Elaboración de:							
<input type="checkbox"/> Formas farmacéuticas tópicas. <input type="checkbox"/> Formas farmacéuticas orales, rectales y vaginales líquidas. <input type="checkbox"/> Formas farmacéuticas orales, rectales y vaginales sólidas <input type="checkbox"/> Formas farmacéuticas estériles. <input type="checkbox"/> Liofilizados.							
Especificar:							



002470/A03D

00099297

4	CONDICIONES
<p>Se asumen las siguientes condiciones:</p> <ol style="list-style-type: none"><li>1) La oficina de farmacia elaboradora cuenta con la preceptiva autorización sanitaria y se responsabiliza de la correcta elaboración y control de calidad de las fórmulas magistrales y preparados oficiales contratados, conforme el Real Decreto 175/2001 de 23 de febrero, por el que se aprueban las normas de correcta elaboración y control de calidad de fórmulas magistrales y preparados oficiales y al Decreto ..... / .....</li><li>2) La oficina de farmacia elaboradora no podrá subcontratar ninguna fase del trabajo que le haya sido encomendado.</li><li>3) Tanto el transporte como la entrega deberán garantizar en todo momento la correcta conservación de la preparación.</li><li>4) La oficina de farmacia elaboradora cumplimentará y conservará la guía de elaboración y control conforme al Real Decreto 175/2001, de 23 de febrero, debiendo entregar un ejemplar de la misma junto con la fórmula magistral/preparado oficial a la oficina de farmacia dispensadora.</li><li>5) Se cuenta con toda la documentación (PNTs y registros) que establece la normativa vigente.</li><li>6) La oficina de farmacia dispensadora se responsabiliza de la correcta identificación y dispensación de la fórmula magistral/preparado oficial, con la adecuada información al paciente, conforme al Real Decreto 175/2001, de 23 de febrero.</li><li>7) Se comprometen ambas partes a que en el etiquetado de las fórmulas magistrales/preparados oficiales figuren todos los datos preceptivos, identificando con el nombre y dirección a ambas partes (elaborador y dispensador).</li><li>8) Se conservarán los documentos que garanticen la correcta trazabilidad, exigidos en la normativa vigente, durante al menos un año después de la fecha de caducidad de la fórmula magistral/preparado oficial.</li><li>9) La duración del presente contrato será ....., salvo denuncia de alguna de las partes o modificación de las condiciones establecidas en el mismo. En caso de cancelación deberá ser comunicado por cualquiera de las partes con una antelación mínima de un mes.</li></ol>	



**JUNTA DE ANDALUCÍA**

**CONSEJERÍA DE SALUD**

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

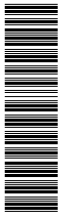
**SOLICITUD DE FÓRMULA MAGISTRAL O PREPARADO OFICINAL POR TERCEROS**

<b>1 DATOS DE LA OFICINA DE FARMACIA DISPENSADORA</b>									
DENOMINACIÓN:				NIF:		OFICINA DE FARMACIA Nº:		N.I.C.A.:	
TIPO VÍA:		NOMBRE VÍA:							
PORTAL:	KM VIA:	NÚMERO:	LETRA:	BLOQUE:	ESCALERA:	PISO:	PUERTA:		
COMPLEMENTO DE DOMICILIO:		LOCALIDAD/ENTIDAD DE POBLACIÓN:			MUNICIPIO:		PROVINCIA:		C. POSTAL:
NOMBRE Y APELLIDOS DE LA PERSONA TITULAR/PERSONAS COTITULARES:								DNI/NIE/NIF:	
TELÉFONO:		FAX:		CORREO ELECTRÓNICO:					

<b>2 DATOS DE LA OFICINA DE FARMACIA ELABORADORA</b>									
DENOMINACIÓN:				NIF:		OFICINA DE FARMACIA Nº:		N.I.C.A.: (1)	
TIPO VÍA:		NOMBRE VÍA:							
PORTAL:	KM VIA:	NÚMERO:	LETRA:	BLOQUE:	ESCALERA:	PISO:	PUERTA:		
COMPLEMENTO DE DOMICILIO:		LOCALIDAD/ENTIDAD DE POBLACIÓN:			MUNICIPIO:		PROVINCIA:		C. POSTAL:
TELÉFONO:		FAX:		CORREO ELECTRÓNICO:					

<b>3 SOLICITUD</b>							
De acuerdo con el contrato previamente establecido con fecha _____, la oficina de farmacia dispensadora <b>SOLICITA</b> a la oficina de farmacia elaboradora, adjuntando copia de la correspondiente prescripción facultativa: (Marque con una X lo solicitado:							
<input type="checkbox"/> Fórmula Magistral		<input type="checkbox"/> Elaboración		<input type="checkbox"/> Formulación Completa			
<input type="checkbox"/> Preparado Oficinal		<input type="checkbox"/> Control de Calidad		<input type="checkbox"/> Fase/s: _____			
Denominación de la Fórmula Magistral o Preparado Oficinal:							
Cantidad solicitada:							
Forma Farmacéutica y Composición de la preparación:							

<b>4 LUGAR, FECHA Y FIRMA</b>							
En _____ a _____ de _____ de _____							
EL/LA TITULAR DE LA OFICINA DE FARMACIA DISPENSADORA							
Fdo.: _____							



002470/A04D

00099297

**JUNTA DE ANDALUCÍA**

CONSEJERÍA DE SALUD

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

**COMUNICACIÓN PARA OFICINAS DE FARMACIA QUE NO PRETENDAN ELABORAR FÓRMULAS MAGISTRALES NI PREPARADOS OFICINALES**

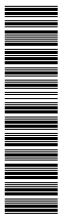
Decreto / de de (BOJA nº de fecha )

<b>1 DATOS DE LA PERSONA TITULAR DE LA OFICINA DE FARMACIA (*)</b>					
APELLIDOS Y NOMBRE:				SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE/NIF:
DOMICILIO DE OFICINA DE FARMACIA:					
TIPO VÍA:		NOMBRE VÍA:			
NÚMERO:	LETRA:	ESCALERA:	PISO:	PUERTA:	
MUNICIPIO:		PROVINCIA:		C. POSTAL:	
TELÉFONO:	FAX:	CORREO ELECTRÓNICO:			

<b>2 DATOS DE PERSONAS SOLICITANTES</b> (Sólo para casos de oficina de farmacia con cotitulares)					
APELLIDOS Y NOMBRE:				SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE/NIF:
APELLIDOS Y NOMBRE:				SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE/NIF:
APELLIDOS Y NOMBRE:				SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE/NIF:
APELLIDOS Y NOMBRE:				SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE/NIF:
APELLIDOS Y NOMBRE:				SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE/NIF:

\* En caso de cotitularidad rellenar los datos de la oficina de farmacia en el recuadro 1 y los datos de todas las personas cotitulares en el recuadro 2

<b>3 CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE</b>						
La persona abajo firmante presta su <b>CONSENTIMIENTO</b> para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad.						
<input type="checkbox"/>	APELLIDOS Y NOMBRE:			DNI/NIE/NIF:	FIRMA:	
	APELLIDOS Y NOMBRE:			DNI/NIE/NIF:	FIRMA:	
	APELLIDOS Y NOMBRE:			DNI/NIE/NIF:	FIRMA:	
	APELLIDOS Y NOMBRE:			DNI/NIE/NIF:	FIRMA:	
	APELLIDOS Y NOMBRE:			DNI/NIE/NIF:	FIRMA:	
<input type="checkbox"/>	<b>NO CONSIENTE</b> y aporta fotocopia autenticada del DNI/NIE.					
	APELLIDOS Y NOMBRE:			DNI/NIE/NIF:	FIRMA:	
	APELLIDOS Y NOMBRE:			DNI/NIE/NIF:	FIRMA:	
APELLIDOS Y NOMBRE:			DNI/NIE/NIF:	FIRMA:		



002470/A05D

(Página 2 de 2 )

ANEXO V

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

3 CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE (Continuación)			
	APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI/NIE/NIF:	FIRMA:
	APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI/NIE/NIF:	FIRMA:

4 COMUNICACIÓN, LUGAR, FECHA Y FIRMA	
<p>La/s persona/s abajo firmante/s <b>COMUNICA/COMUNICAN</b> su intención de no elaborar las fórmulas magistrales y preparados oficinales que dispensen en su oficina de farmacia, y se comprometen a contar con contrato de elaboración con un tercero para poder dispensar las prescripciones de fórmulas magistrales y preparados oficinales que le sean presentadas debidamente, conociendo la obligación de solicitar autorización para las instalaciones correspondientes si en un futuro pretenden elaborar.</p> <p>En ..... a ..... de ..... de .....</p> <p style="text-align: center;">LA PERSONA TITULAR O REPRESENTANTE</p> <p style="text-align: right;">Fdo.: .....</p>	

4.1 FIRMA DE LAS PERSONAS COTITULARES EN SU CASO		
APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI/NIE/NIF:	FIRMA:
APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI/NIE/NIF:	FIRMA:
APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI/NIE/NIF:	FIRMA:
APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI/NIE/NIF:	FIRMA:
APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI/NIE/NIF:	FIRMA:

**ILMO/A. SR./A DELEGADO/A TERRITORIAL DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES EN** .....

PROTECCIÓN DE DATOS
<p>En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Salud le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en el fichero parcialmente automatizado SICESSE perteneciente a la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica de la Consejería de Salud. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la resolución del procedimiento y la inscripción en el mencionado Registro. De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la Delegación Territorial o Provincial correspondiente.</p>

002470/A05D

00099297