



SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SEÑALIZACIÓN ADICIONAL EN OFICINA DE FARMACIA

1. DATOS DEL TITULAR DE LA OFICINA DE FARMACIA:

Apellido 1º	Apellido 2º	Nombre	N.I.F.
Dirección (Calle, avenida, plaza, nº, piso, puerta)		Cód. Postal	Municipio/Localidad
			Teléfono/Fax

Actuando como representante de (en su caso):

Apellidos y Nombre/Razón Social	N.I.F./C.I.F.

2. SOLICITA: Autorización de la siguiente señalización adicional en la oficina de farmacia MU- -F

CARTEL INDICADOR
CRUZ ADICIONAL

3. DATOS DE LA OFICINA DE FARMACIA

Dirección (Calle, avenida, plaza, nº, piso, puerta)		N.I.F./C.I.F.	
Localidad/Municipio	Cód. Postal	Teléfono/Fax	ZF

4. DOCUMENTACIÓN QUE SE APORTA (señalar con una X):

CARTEL INDICADOR	
<input type="checkbox"/>	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 y visado por Colegio Profesional
<input type="checkbox"/>	Informe emitido por técnico competente y visado por el correspondiente Colegio profesional, 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
<input type="checkbox"/>	Descripción completa del cartel que se pretende instalar, indicando las características y medidas.
CRUZ ADICIONAL	
<input type="checkbox"/>	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 y visado por el correspondiente Colegio profesional
<input type="checkbox"/>	Descripción completa de la cruz que se pretende instalar, indicando las características y medidas.

Los datos de carácter personal recogidos en este documento se van a integrar en el fichero/tratamiento ATENCION FARMACEUTICA (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 garantizar la atención farmacéutica. El responsable de este fichero de tratamiento es la Dirección General de Planificación, Ordenación Sanitaria y Farmacéutica e Investigación, 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.

Los datos de carácter personal que se recogen en este documento se cederán a: Ministerio de Sanidad y Consumo, Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios, Colegio Oficial de Farmacéuticos, Publicación en el B.O.R.M., Centros de Atención Primaria, Hospitales y Medios de Comunicación.

Murcia, _____ de _____ de 20____

(Firma del solicitante)

ILMO. DIRECTOR GENERAL DE PLANIFICACIÓN, ORDENACIÓN SANITARIA Y FARMACÉUTICA E INVESTIGACIÓN