

ANEXO 1. SOLICITUD DE ACREDITACIÓN PARA SPD AL COFRM

D/D^a..... Farmacéutico/a titular de la oficina de farmacia nº..... sita en C/....., Colegiado/a con el número..... en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Murcia

EXPONE:

1. **QUE** en el marco de la legalidad vigente, y dentro del campo profesional de actuación, la oficina de farmacia en la que trabajo está interesado/a en preparar Sistemas Personalizados de Dosificación en su farmacia.
2. **QUE** a tal efecto, y al objeto de desarrollarlo, CONOCE y ASUME en su integridad el procedimiento de elaboración y dispensación de SPD de la Región de Murcia.
3. **QUE** la oficina de farmacia en la que trabaja dispone de todos los medios necesarios para realizar la actividad de SPD.

MANIFIESTA:

I) Cumplir con el Procedimiento Normalizado de Trabajo de preparación de Sistemas Personalizados de Dosificación establecido por el COFRM y la Consejería de Sanidad.

II) Los dispositivos de SPD que utilizo cumplen con los requisitos establecidos en el PNT y son _____.

III) Dispongo de personal con el diploma acreditado del colegio oficial de farmacéuticos de la Región de Murcia para elaborar SPD. D/Dña. _____

Es por lo que, visto lo que antecede, el abajo firmante,

SOLICITA al Colegio Oficial de Farmacéuticos de la Región de Murcia,

QUE considere su solicitud de acreditación al objeto de que mi oficina de farmacia sea reconocida como apta para definir y planificar el proceso de acondicionamiento de medicamentos de forma personalizada para cada paciente en sistema multidosis con el objeto de asegurar la utilización correcta de los mismos a través de una buena información al paciente y una correcta preparación.

Y en prueba de aceptación y compromiso, firma el presente documento.

Murcia, a de de

Firma del farmacéutico titular y sello de la farmacia