

## Consejería de Sanidad

**455** *ORDEN 42/2010, de 28 de enero, por la que se reordenan los centros y dispositivos de salud mental dependientes de la Consejería de Sanidad.*

El Decreto 23/2008, de 3 de abril, del Consejo de Gobierno, por el que se establece la estructura orgánica del Servicio Madrileño de Salud dispone, en su disposición adicional primera, la adscripción al mismo de la Oficina Regional de la Coordinación de Salud Mental de los Centros de Salud Mental y del Centro de Rehabilitación Psiquiátrica "San Enrique", así como de los Centros y Hospitales de Atención Especializada que se relacionan en su punto 1.b).

En virtud de la habilitación que me confiere la disposición final primera del citado Decreto 23/2008,

### DISPONGO

#### Artículo único

Dependencia de los centros y demás dispositivos asistenciales de Salud Mental del Centro de Rehabilitación "San Enrique"

Los centros y demás dispositivos asistenciales de Salud Mental adscritos al Servicio Madrileño de Salud, así como el Centro de Rehabilitación "San Enrique" dependerán de la Gerencia de Atención Especializada que se les asigne.

### DISPOSICIÓN FINAL PRIMERA

#### Habilitación normativa

Se faculta al titular de la Viceconsejería de Asistencia Sanitaria para dictar cuantas disposiciones sean necesarias para la aplicación y desarrollo de esta Orden.

## DISPOSICIÓN FINAL SEGUNDA

### Entrada en vigor

La presente Orden entrará en vigor al día siguiente al de su publicación en el BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID.

Dada en Madrid, a 28 de enero de 2010.

El Consejero de Sanidad,  
JUAN JOSÉ GÜEMES BARRIOS

(03/4.897/10)

## Consejería de Sanidad

**456** *CORRECCIÓN de errores de la Resolución de 4 de enero de 2010, de la Dirección General de Ordenación e Inspección, por la que se habilita al Registro Telemático de la Consejería de Sanidad para la realización de trámites telemáticos durante la tramitación de los expedientes de varios procedimientos administrativos.*

Advertido error por omisión en la publicación de la Resolución de 4 de enero de 2010, publicada en el BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID número 20, correspondiente al día 25 de enero de 2010, se procede a la publicación de los modelos de solicitud, escritos y comunicaciones que se adjuntan como Anexo a la citada Resolución.

En Madrid, a 25 de enero de 2010.

**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE UNIDADES DE FARMACIA\***

\* Las Unidades de Farmacia comprenden Servicios de Farmacia de Hospitales y de Atención Primaria, Depósitos, UFTDO y CAID

**1.- Tipo de solicitud:**

<input type="radio"/>	Instalación y funcionamiento	<input type="radio"/>	Modificación de estructura	<input type="radio"/>	Renovación	<input type="radio"/>	Cierre
-----------------------	------------------------------	-----------------------	----------------------------	-----------------------	------------	-----------------------	--------

**2.- Datos del interesado:**

NIF/CIF		Apellidos					
Nombre/Razón Social							
Correo electrónico				País			
Dirección	Tipo vía	Nombre vía				Nº	
Piso	Puerta	CP	Localidad		Provincia		
Fax		Teléfono Fijo			Teléfono Móvil		

**3.- Datos de el/la representante**

NIF/CIF		Apellidos					
Nombre/Razón Social				Correo electrónico			
Fax		Teléfono Fijo			Teléfono Móvil		

**4.- Medio de notificación**

<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)						
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado						
	Tipo de vía	Nombre vía				Nº	
	Piso	Puerta	CP	Localidad		Provincia	

**5.- Documentación requerida:**
**5.1.- Sólo para instalación y funcionamiento:**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Plano de situación de la Unidad de Farmacia	<input type="checkbox"/>
Distribución de la Unidad	<input type="checkbox"/>
Proyecto de plantilla y titulación	<input type="checkbox"/>
Equipamiento justificativo de las distintas áreas	<input type="checkbox"/>
Descripción del material, utillaje, bibliografía, etc.	<input type="checkbox"/>
Declaración de actividad prevista en la Orden de 22-4-92, si se van a manipular medicamentos citotóxicos	<input type="checkbox"/>
Memoria de actividad	<input type="checkbox"/>
Justificante del abono de tasas Modelo 030	<input type="checkbox"/>

**5.2.- Sólo para modificación de estructura:**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Memoria de actividades del proyecto, firmada por el Director Sanitario	<input type="checkbox"/>
Planos a escala de conjunto y detalle	<input type="checkbox"/>
Justificante del abono de tasas Modelo 030	<input type="checkbox"/>

**5.3.- Sólo para renovación:**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Relación actualizada y completa de profesionales sanitarios que presten servicios, firmada por el Director Sanitario, por categorías profesionales y adscripción funcional	<input type="checkbox"/>
Declaración del Director Sanitario de no haber realizado modificación de ningún tipo	<input type="checkbox"/>
Si produce residuos biosanitarios: último recibo con empresa autorizada para la retirada de residuos	<input type="checkbox"/>
Memoria de actividad	<input type="checkbox"/>
Justificante del abono de tasas Modelo 030	<input type="checkbox"/>

**5.4.- Sólo para cierre:**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Memoria del proyecto de cierre indicando motivo o justificación (traslado, jubilación, cese de actividad, etc.)	<input type="checkbox"/>

En ....., a..... de..... de.....

FIRMA

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero REGFARM, cuya finalidad es el Registro de farmacéuticos titulares de oficinas de farmacias, y podrán ser cedidos según la Ley. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

<b>DESTINATARIO</b>	Consejería de Sanidad Dirección General de Ordenación e Inspección
---------------------	---

## CERTIFICACIÓN DE PROGRAMAS DE GARANTÍA DE CALIDAD DE RADIODIAGNÓSTICO, RADIOTERAPIA Y MEDICINA NUCLEAR

### 1.- Datos del centro:

NIF/CIF				Nombre / Razón Social			
Nombre Comercial				Correo Electrónico			
Tipo de vía				Nombre de vía			Nº
Piso		Puerta		CP		Localidad	
Fax				Teléfono Fijo			Teléfono Móvil

### 2.- Datos de la unidad asistencial de radiología médica:

Número de Registro de la Instalación de Radiología Médica (IRCAM)	
---	--

<input type="radio"/>	Servicio de Protección Radiológica (SPR)	
<input type="radio"/>	Unidad Técnica de Protección Radiológica (UTPR)	

### 3.- Tipo de unidad asistencial:

<input type="radio"/>	Radiodiagnóstico	<input type="radio"/>	Radioterapia	<input type="radio"/>	Medicina Nuclear
-----------------------	------------------	-----------------------	--------------	-----------------------	------------------

### 4.- Equipos y Fuentes de Radiaciones Ionizantes:

	Tipo de Unidad	Tipo de Equipo (Fuentes de Radiaciones Ionizantes)	Número total de equipos
<input type="radio"/>	Radiodiagnóstico Dental	Rayos X intraoral	
		Ortopantomógrafo	
		Scanner/TAC cónico	
<input type="radio"/>	Radiodiagnóstico Podológico	Rayos X	
<input type="radio"/>	Radiodiagnóstico General	Rayos X convencional	
		Rayos X digital	
		TAC	
		Mamógrafo	
		Densitómetro	
		Otros	
<input type="radio"/>	Radioterapia	Aceleradores	
		Otros	
<input type="radio"/>	Medicina Nuclear	Gamma Cámara	
		SPECT	
		PET	

**5.- Medio de notificación:**

<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma telemática (solo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)							
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado							
	Tipo de vía			Nombre vía			Nº	
	Piso	Puerta	CP	Localidad	Provincia			

**6.- Documentación requerida:**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
Fotocopia del NIF/CIF del titular	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Programa de Garantía de Calidad.	<input type="checkbox"/>	
Fotocopia del Registro IRCAM.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Impreso 030 de pago de la tasa por evaluación del Programa de Garantía de Calidad (ejemplar para la administración): <ul style="list-style-type: none"> <li>• Unidad Simple</li> <li>• Unidad Compleja</li> </ul> (Seleccionar el tipo de unidad de acuerdo al programa de Garantía de Calidad)	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
Otros Documentos	<input type="checkbox"/>	

(\*) Autorizo a la Comunidad de Madrid a recabar los datos relativos a los documentos seleccionados, eximiéndome de la necesidad de aportarlos, de acuerdo con lo establecido en el artículo 6.2.b) de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos.

En Madrid, a..... de..... de.....

<b>FIRMA</b>

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero P.RADIOLOG , cuya finalidad es recoger el nombre de los titulares de instalaciones radiológicas y demás datos requeridos por el ministerio de sanidad (R.D. 1132/1990 del 14/09), y podrán ser cedidos a Ministerio de Sanidad y Política Social además de otras cesiones previstas en la Ley. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

<b>DESTINATARIO</b>	Consejería de Sanidad Dirección General de Ordenación e Inspección
---------------------	---

**SOLICITUD DE INFORME DE IDONEIDAD PARA ASISTENCIA SANITARIA A ESPECTÁCULOS PÚBLICOS****1.- Datos del interesado:**

NIF/CIF			Apellidos		
Nombre/Razón Social				Correo electrónico	
Fax		Teléfono Fijo		Teléfono Móvil	

**2.- Datos de el/la representante:**

NIF/CIF			Apellidos		
Nombre/Razón Social				Correo electrónico	
Fax		Teléfono Fijo		Teléfono Móvil	

**3.- Lugar de Celebración:**

Localidad de:	<input type="checkbox"/>	Fija	<input type="checkbox"/>	Portátil
---------------	--------------------------	------	--------------------------	----------

**4.- Documentación requerida:**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
CIF/NIF	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Memoria descriptiva de los festejos a celebrar: localidad, fecha, horarios	<input type="checkbox"/>	
Compromiso asistencia emitido por el Jefe del equipo médico quirúrgico	<input type="checkbox"/>	
Titulación académica (si no se ha aportado anteriormente)	<input type="checkbox"/>	
Número de colegiación (si no se ha aportado anteriormente)	<input type="checkbox"/>	
Seguro de responsabilidad civil actualizado	<input type="checkbox"/>	
Compromiso de asistencia de empresa propietaria del centro móvil de Asistencia Sanitaria	<input type="checkbox"/>	
Compromiso de asistencia de la empresa de transporte sanitario con indicativo de los vehículos-ambulancia que vayan a prestar servicios y que cuenten con certificación técnico-sanitaria en vigor	<input type="checkbox"/>	
Notificación al centro hospitalario de referencia de la celebración de los festejos taurinos para la posible derivación de heridos y accidentados que lo precisen	<input type="checkbox"/>	
Si se trata de un encierro, planos y memorias de los mismos	<input type="checkbox"/>	
Justificante de ingreso de tasa	<input type="checkbox"/>	

(\*) Autorizo a la Comunidad de Madrid a recabar los datos relativos a los documentos seleccionados, eximiéndome de la necesidad de aportarlos, de acuerdo con lo establecido en el artículo 6.2.b) de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos.

**5.- SOLICITA**, se notifique a la Dirección General de Seguridad e Interior, informe favorable realizado por el Servicio de Inspección de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios, de esa Dirección General de Ordenación e Inspección, al objeto de poder obtener la preceptiva autorización de los siguientes espectáculos taurinos:

	TIPO DE FESTEJO	DÍA	HORA
Jefe del equipo: Enfermería matrícula: Ambulancia matrícula:			
Jefe del equipo: Enfermería matrícula: Ambulancia matrícula:			
Jefe del equipo: Enfermería matrícula: Ambulancia matrícula:			
Jefe del equipo: Enfermería matrícula: Ambulancia matrícula:			
Jefe del equipo: Enfermería matrícula: Ambulancia matrícula:			
Jefe del equipo: Enfermería matrícula: Ambulancia matrícula:			
Jefe del equipo: Enfermería matrícula: Ambulancia matrícula:			
Jefe del equipo: Enfermería matrícula: Ambulancia matrícula:			
Jefe del equipo: Enfermería matrícula: Ambulancia matrícula:			
Jefe del equipo: Enfermería matrícula: Ambulancia matrícula:			

En ..... a ..... de ..... de .....

**FIRMA Y SELLO DEL SOLICITANTE**

--

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero ASIST. SANI, cuya finalidad es gestión, archivo y tratamiento estadístico de los expedientes de asistencia sanitaria en espectáculos públicos, y podrán ser cedidos según Ley. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

**DESTINATARIO**

Consejería de Sanidad  
Dirección General de Ordenación e Inspección

## FORMULARIO DE DENUNCIAS Y RECLAMACIONES SOBRE MEDICAMENTOS, PRODUCTOS SANITARIOS Y COSMÉTICOS

### 1.- Datos del interesado:

NIF/CIF					Apellidos						
Nombre/Razón Social							Correo electrónico				
Dirección	Tipo vía					Nombre vía				Nº	
Piso		Puerta		CP		Localidad			Provincia		
Fax				Teléfono Fijo					Teléfono Móvil		

### 2.- Datos de el/la representante:

NIF/CIF					Apellidos						
Nombre/Razón Social							Correo electrónico				
Dirección	Tipo vía					Nombre vía				Nº	
Piso		Puerta		CP		Localidad			Provincia		
Fax				Teléfono Fijo					Teléfono Móvil		

### 3.- Medio de notificación:

<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)											
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado											
	Tipo de vía					Nombre vía				Nº		
	Piso		Puerta		CP		Localidad			Provincia		

### 4.- Documentación aportada:

TIPO DE DOCUMENTO Y/O PRUEBAS	Se aporta en la solicitud
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

### 5.- EXPONE:



**6.- SOLICITA:**

En Madrid, a..... de..... de.....

<b>FIRMA</b>

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero DENUNCIAS, cuya finalidad es gestión y archivo de los expedientes de denuncias y reclamaciones sobre medicamentos, productos sanitarios y cosméticos y no podrán ser cedidos, salvo las cesiones previstas en la Ley. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

<b>DESTINATARIO</b>	Consejería de Sanidad Dirección General de Ordenación e Inspección
---------------------	---

## COMUNICACIÓN DE INFORMACIÓN AL REGISTRO DE RESPONSABLES DE PUESTA EN MERCADO DE PRODUCTOS COSMÉTICOS

### 1.- Datos de la Empresa responsable de la puesta en mercado:

Denominación de la Empresa:		CIF/ NIF:	
Tipo de vía	Nombre vía	Nº	
Piso	Puerta	CP	Localidad
Provincia			
Teléfono		Correo electrónico	
En calidad de:	<input type="radio"/> Fabricante	<input type="radio"/> Mandatario	<input type="radio"/> Importador

### 2.- Datos del Representante legal:

DNI/ NIF	Apellidos	
Nombre	Correo electrónico	
Fax	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil
Título de representación:		

### 3.- Medio de notificación:

<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)				
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado				
	Tipo de vía	Nombre vía	Nº		
	Piso	Puerta	CP	Localidad	Provincia

**4.- Productos cosméticos:**

PRODUCTOS				
Denominación		Razón social	Dirección	Fabricante/ Importador (1)
Marca	Nombre			
				Fab. <input type="checkbox"/> Imp. <input type="checkbox"/>
				Fab. <input type="checkbox"/> Imp. <input type="checkbox"/>
				Fab. <input type="checkbox"/> Imp. <input type="checkbox"/>
				Fab. <input type="checkbox"/> Imp. <input type="checkbox"/>
				Fab. <input type="checkbox"/> Imp. <input type="checkbox"/>
				Fab. <input type="checkbox"/> Imp. <input type="checkbox"/>
				Fab. <input type="checkbox"/> Imp. <input type="checkbox"/>
				Fab. <input type="checkbox"/> Imp. <input type="checkbox"/>
				Fab. <input type="checkbox"/> Imp. <input type="checkbox"/>
				Fab. <input type="checkbox"/> Imp. <input type="checkbox"/>
				Fab. <input type="checkbox"/> Imp. <input type="checkbox"/>
				Fab. <input type="checkbox"/> Imp. <input type="checkbox"/>
				Fab. <input type="checkbox"/> Imp. <input type="checkbox"/>

(1) Para cada producto debe marcar obligatoriamente la casilla de Fabricante (Fab.) o Importador (Imp.)

**El comunicante o su representante declara, bajo su responsabilidad, la exactitud de los datos reseñados en la presente Comunicación y su conformidad con lo establecido en la legislación vigente.**

En....., a.....de..... de.....

<b>FIRMA</b>

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Información de productos sanitarios y cosméticos", cuya finalidad es "la gestión de los productos sanitarios y cosméticos de la Comunidad de Madrid", estando prevista la cesión de tales datos a la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

<b>DESTINATARIO</b>	Consejería de Sanidad Dirección General de Ordenación e Inspección
---------------------	---

## COMUNICACIÓN DE ESTABLECIMIENTO SANITARIO DE VENTA DE PRODUCTOS SANITARIOS EN SERIE CON ADAPTACIÓN INDIVIDUALIZADA

### 1.- Tipo de Comunicación:

<input type="radio"/>	Comunicación Inicial (Tipo A)	<input type="radio"/>	Cambios de titularidad, domicilios, o Técnico Responsable (Tipo B)	<input type="radio"/>	Comunicación de Baja o Cese de Actividad
-----------------------	-------------------------------	-----------------------	---	-----------------------	---

### 1.1.- Tipo de establecimiento:

<input type="radio"/>	Establecimiento de Ortopedia	<input type="radio"/>	Establecimiento de Audioprótesis
-----------------------	------------------------------	-----------------------	----------------------------------

### 1.2.- Tipo de Cambio -- Sólo en los casos de cambios (Tipo B):

<input type="checkbox"/>	De Titularidad	Denominación anterior de la Empresa:	
<input type="checkbox"/>	De domicilio Social	Domicilio Social anterior:	
<input type="checkbox"/>	De domicilio del Establecimiento (Tipo B1)	Domicilio anterior del establecimiento:	
<input type="checkbox"/>	De Técnico Responsable (Tipo B2)	Técnico responsable anterior:	

### 2.- Datos del Establecimiento Sanitario:

#### 2.1.- Denominación:

Denominación de la Empresa:		CIF/ NIF:	
-----------------------------	--	-----------	--

#### 2.2.- Domicilio del establecimiento sanitario:

Tipo de vía		Nombre vía		Nº	
CP		Localidad			
Provincia				Teléfono	
Fax			Correo electrónico		

#### 2.3.- Domicilio social:

Tipo de vía		Nombre vía		Nº	
Piso		Puerta	CP	Localidad	
Provincia				Teléfono	
Fax			Correo electrónico		

#### 2.4.- Técnico Responsable:

DNI/ NIF:		Apellidos			
Nombre			Titulación académica		

### 3.- Datos de el/la representante legal:

DNI/ NIF:		Apellidos:			
Nombre:			Título de representación:		

**4.- Medio de notificación:**

<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)							
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado							
	Tipo de vía			Nombre vía			Nº	
	Piso	Puerta	CP	Localidad	Provincia			

**5.- Documentación requerida:**

**5.1.- Tipo A -- Sólo para Comunicación Inicial:**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Anexo I – Documento de Identificación de Técnico Responsable	<input type="checkbox"/>
Fotocopia de la Titulación académica del Técnico Responsable, o, en su defecto, experiencia profesional atendiendo a lo dispuesto en el artículo único y disposición transitoria segunda del RD 2727/1998.	<input type="checkbox"/>
Plano con la identificación de los locales de venta y la ubicación del equipamiento en las diferentes zonas	<input type="checkbox"/>
Listado completo del equipamiento técnico para realizar las adaptaciones individualizadas y la relación de los productos que se adaptan	<input type="checkbox"/>

**5.2.- Tipo B – Sólo para Cambios de domicilio del establecimiento (Tipo B.1) y Cambio de Técnico Responsable (Tipo B.2):**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
<b>Tipo B.1 – Cambio de Domicilio del establecimiento</b>	
Plano con la identificación de los locales de venta y la ubicación del equipamiento en las diferentes zonas	<input type="checkbox"/>
Listado completo del equipamiento técnico para realizar las adaptaciones individualizadas y la relación de los productos que se adaptan	<input type="checkbox"/>
<b>Tipo B.2 – Cambio de Técnico Responsable</b>	
Anexo I – Documento de Identificación de Técnico Responsable	<input type="checkbox"/>
Fotocopia de la Titulación académica del Técnico Responsable, o, en su defecto, experiencia profesional atendiendo a lo dispuesto en el artículo único y disposición transitoria segunda del RD 2727/1998.	<input type="checkbox"/>

El comunicante o su representante declara, bajo su responsabilidad, la exactitud de los datos reseñados en la presente Comunicación y su conformidad con lo establecido en la legislación vigente.

En....., a.....de..... de.....

<b>FIRMA</b>

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Información de productos sanitarios y cosméticos", cuya finalidad es "la gestión de los productos sanitarios y cosméticos de la Comunidad de Madrid". El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

<b>DESTINATARIO</b>	Consejería de Sanidad Dirección General de Ordenación e Inspección
---------------------	---

**COMUNICACIÓN ÍNDICE ANUAL DE PUBLICIDAD DE MEDICAMENTOS DE USO HUMANO****1.- Datos del laboratorio:**

CIF Laboratorio		Nombre Laboratorio	
Domicilio Laboratorio			
Municipio		Provincia	
		Código Postal	

**2.- Datos de la persona de contacto:**

DNI/ NIF		Apellidos			
Nombre			Correo electrónico		
Fax		Teléfono Fijo		Teléfono Móvil	
Cargo			Departamento del Laboratorio		

**3.- Marque las actividades promocionales realizadas en el año:****Año:**


Publicidad documental:	<input type="checkbox"/>	Patrocinio reuniones - cursos - seminarios - mesas redondas:	<input type="checkbox"/>
Publicidad de recuerdo:	<input type="checkbox"/>	Muestras gratuitas:	<input type="checkbox"/>
Soportes Válidos:	<input type="checkbox"/>	Publicidad de Medicamentos al público:	<input type="checkbox"/>
Patrocinio Becas o premios:	<input type="checkbox"/>	Otras actividades (por ejemplo Visita Médica):	<input type="checkbox"/>
Patrocinio Congresos:	<input type="checkbox"/>		

**4.- Medio de notificación:**

<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado (a la dirección que aparece en el apartado 1 y a la persona que figura en el apartado 2)

**5.- Documentación requerida:**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Índice Anual – Datos anuales sobre las actividades publicitarias de medicamentos de uso humano (Anexo V, Art. 21.b del Real Decreto 1416/1994, de 25 de Junio)	<input type="checkbox"/>

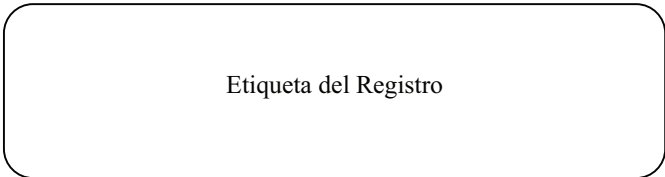
En Madrid, a.....de..... de.....

**FIRMA**

--

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero Gestión del Control de la Publicidad de Medicamentos, cuya finalidad es posibilitar los tratamientos de datos de los responsables de comunicar la publicidad de los medicamentos. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento; ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

<b>DESTINATARIO</b>	Consejería de Sanidad Dirección General de Ordenación e Inspección
---------------------	---



**DECLARACIÓN DE LOS CENTROS QUE UTILIZAN APARATOS QUE EMITEN RADIACIONES ULTRAVIOLETAS**

**1.- Tipo de Solicitud:**

<input type="radio"/>	Alta del centro	<input type="radio"/>	Modificación : Datos equipo (*)	<input type="radio"/>	Baja del centro
-----------------------	-----------------	-----------------------	---------------------------------	-----------------------	-----------------

(\*) En caso de modificaciones del centro (cambio de domicilio, denominación o razón social) habrá que dar de baja el centro y posteriormente volver a realizar una solicitud de alta de centro.

**2.- Datos del representante del centro:**

DNI/ NIE				Pasaporte*		
Apellido 1º						
Apellido 2º						
Nombre						
Teléfono fijo				Teléfono móvil		

\*cumplimentar el pasaporte solamente en ausencia de DNI/NIE

**3.- Datos del centro:**

NIF								
Razón social								
Denominación del Establecimiento								
Tipo de vía				Nombre vía			Nº	
Piso		Puerta		CP		Correo electrónico		
Localidad				Provincia				
Teléfono fijo				Teléfono móvil				

**4.- Formación:**

<input type="checkbox"/>	El titular declara que el personal que maneja aparatos de bronceado mediante radiaciones UVA en su establecimiento, cumple los requisitos de formación establecidos en la normativa vigente.
--------------------------	--

**5.- Datos Equipos UVA:**

Marca	Modelo	Número Serie	Año Fabricación	Alta	Baja
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
				<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(\*\*) En caso de modificaciones habrá que dar de baja la máquina y dar de alta de nuevo a las máquinas con las modificaciones.

**6.- Medio de notificación:**

<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)									
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado									
	Tipo de vía			Nombre vía				Nº		
	Piso		Puerta		CP		Localidad		Provincia	

**7.- Documentación requerida:**

Copia del NIF del centro en caso de entidad jurídica o DNI / NIE en caso de persona física

Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (***)
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

(\*\*\*) Autorizo a la Comunidad de Madrid a recabar los datos relativos a los documentos seleccionados, eximiéndome de la necesidad de aportarlos, de acuerdo con lo establecido en el artículo 6.2.b) de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos.

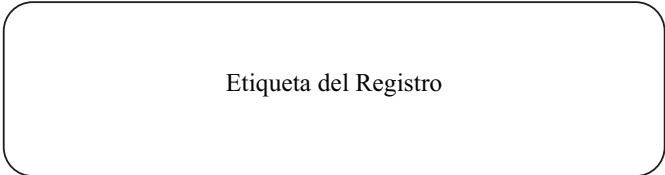
En Madrid, a..... de..... de.....

<b>FIRMA</b>

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero CENTROS UVA, cuya finalidad es la gestión y control de los centros de rayos Uva y dichos datos no serán cedidos a terceros. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

<b>DESTINATARIO</b>	Consejería de Sanidad Registros Oficiales de Salud Pública
---------------------	---





**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN SANITARIA PARA EL COMERCIO AL POR MENOR  
DE CARNE: ESTABLECIMIENTOS SIN ELABORACIÓN**

**1.- Tipo de Centro:**

<input type="radio"/> Carnicería	<input type="radio"/> Pollería	<input type="radio"/> Casquería	<input type="radio"/> Charcutería
----------------------------------	--------------------------------	---------------------------------	-----------------------------------

**2.- Tipo de Solicitud:**

<input type="checkbox"/>	Inscripción inicial		
<input type="checkbox"/>	Cambio de titularidad		
Razón social del anterior Titular		Número de Autorización	
<input type="checkbox"/>	Cambio de domicilio		
Domicilio Anterior		Número de Autorización	
<input type="checkbox"/>	Ampliación de productos		
Nuevos Productos			
<input type="checkbox"/>	Baja de productos		
Productos que da de baja			
<input type="checkbox"/>	Baja del establecimiento		
<input type="checkbox"/>	Otros		

**3.- Datos del Centro:**

NIF	Nº Autorización	
Nombre/Razón Social	Nombre representante	
Apellidos representante	DNI	
Título de representación	Tipo de vía	
Domicilio	Número	Teléfono
Municipio	Código Postal	Fax

**4.-Medio de notificación:**

<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)							
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado							
	Tipo de vía	Nombre vía				Nº		
	Piso	Puerta	CP	Localidad	Provincia			

**5.- Tipo de Productos:**

<input type="checkbox"/>	Carne de Animales domésticos de las especies bovina, porcina, ovina, caprina, solípedos ("CARNICERÍA")
<input type="checkbox"/>	Carne de Gallinas, pavos, pintadas, patos, ocas y conejos ("POLLERÍA").
<input type="checkbox"/>	Carne de Mamíferos terrestres y aves silvestres reproducidos, criados y sacrificados en cautividad( "CARNE DE CAZA DE CRIA")
<input type="checkbox"/>	Carne de Caza silvestre
<input type="checkbox"/>	Reses de lidia procedentes de espectáculos taurinos ("CARNE DE LIDIA")
<input type="checkbox"/>	Despojos frescos ("CASQUERÍA")
<input type="checkbox"/>	Comercialización de preparados de carne y productos cárnicos sin elaboración propia.
<input type="checkbox"/>	Comercialización de platos cocinados cárnicos, sin elaboración propia

**6.- Comercialización:**

<input type="radio"/>	Venta en mi establecimiento
<input type="radio"/>	Venta en mi establecimiento y distribución, como actividad restringida, marginal y localizada, a establecimientos de comidas preparadas no sujetos a inscripción en el Registro Sanitario de Alimentos.

**7.- Tipo de vehículos propios para la distribución:**

<input type="checkbox"/>	Frigorífico
<input type="checkbox"/>	Isotermo
<input type="checkbox"/>	Equipado con dispositivos que mantengan las temperaturas y condiciones adecuadas de transporte
<input type="checkbox"/>	No dispone de vehículos para transporte

En Madrid, a..... de..... de.....

<b>FIRMA</b>

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero SISPAL, cuya finalidad es el control de industrias alimentarias, y podrán ser cedidos cuando por razones de interés general y al amparo de lo establecido en el artículo 55.5 de la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, sea necesario, además de otras cesiones previstas en la Ley. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal

<b>DESTINATARIO</b>	Consejería de Sanidad Dirección General de Ordenación e Inspección
---------------------	---

Etiqueta del Registro

**SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN SANITARIA PARA EL COMERCIO AL POR MENOR  
DE CARNE: ESTABLECIMIENTOS CON ELABORACIÓN**

**1.- Tipo de Centro:**

<input type="radio"/> Carnicería - Salchichería	<input type="radio"/> Carnicería – Charcutería
---	--

**2.- Tipo de Establecimiento:**

<input type="radio"/> Establecimiento Central	<input type="radio"/> Sucursal
---	--------------------------------

**3.- Tipo de Solicitud:**

<input type="checkbox"/>	Inscripción inicial
<input type="checkbox"/>	Cambio de titularidad
Razón social del anterior Titular	Número de Autorización
<input type="checkbox"/>	Cambio de domicilio
Domicilio Anterior	Número de Autorización
<input type="checkbox"/>	Ampliación de productos
Nuevos Productos	
<input type="checkbox"/>	Baja de productos
Productos que da de baja	
<input type="checkbox"/>	Baja del establecimiento
<input type="checkbox"/>	Otros

**4.- Datos del Establecimiento:**

NIF		Nº Autorización	
Nombre/Razón Social			
Apellidos Y nombre representante		DNI	
Título de representación			
Domicilio establecimiento central		Número	
Domicilio obrador		Número	
Teléfono		Fax	
Municipio		Código Postal	

**5.- Medio de notificación:**

<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)												
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado												
	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 15%; padding: 5px;">Tipo de vía</td> <td style="width: 20%; padding: 5px;"></td> <td style="width: 15%; padding: 5px;">Nombre vía</td> <td style="width: 40%; padding: 5px;"></td> <td style="width: 10%; padding: 5px;">Nº</td> <td style="width: 10%; padding: 5px;"></td> </tr> <tr> <td style="padding: 5px;">Piso</td> <td style="padding: 5px;">Puerta</td> <td style="padding: 5px;">CP</td> <td style="padding: 5px;">Localidad</td> <td style="padding: 5px;">Provincia</td> <td style="padding: 5px;"></td> </tr> </table>	Tipo de vía		Nombre vía		Nº		Piso	Puerta	CP	Localidad	Provincia	
Tipo de vía		Nombre vía		Nº									
Piso	Puerta	CP	Localidad	Provincia									

**6.- Datos de las Sucursales:**

Domicilio de las Sucursales (calle, plaza,..) y Número	Número Autorización	Teléfono

**7.- Tipo de Productos de Carnicería comercializados:**

<input type="checkbox"/>	Carne de Animales domésticos de las especies bovina, porcina, ovina, caprina, solípedos.
<input type="checkbox"/>	Carne de Gallinas, pavos, pintadas, patos, ocas y conejos.
<input type="checkbox"/>	Carne de Mamíferos terrestres y aves silvestres reproducidos, criados y sacrificados en cautividad.
<input type="checkbox"/>	Carne de Caza silvestre
<input type="checkbox"/>	Reses de lidia procedentes de espectáculos taurinos.
<input type="checkbox"/>	Despojos frescos.
<input type="checkbox"/>	Preparados de carne y productos cárnicos sin elaboración propia.

**8.- Productos de Elaboración propia:**

Carnicería - Salchichería		Carnicería - Charcutería	
<input type="checkbox"/>	Preparados de carne frescos (incluidas hamburguesas y albóndigas)	<input type="checkbox"/>	Platos cocinados cárnicos
<input type="checkbox"/>	Preparados de carne crudos adobados	<input type="checkbox"/>	Productos cárnicos
<input type="checkbox"/>	Embutidos de sangre	<input type="checkbox"/>	Grasas animales fundidas
<input type="checkbox"/>	Salazonado de tocino	<input type="checkbox"/>	Chicharrones
<input type="checkbox"/>	Carnes rellenas	<input type="checkbox"/>	Otros (especificar)
<input type="checkbox"/>	Pasteles de carne		
<input type="checkbox"/>	Carnes empanadas		
<input type="checkbox"/>	Carnes albardadas		
<input type="checkbox"/>	Salchicha fresca madrileña		
<input type="checkbox"/>	Otros (especificar)		

**9.- Comercialización:**

<input type="checkbox"/>	Distribución a sucursales
<input type="checkbox"/>	Venta en mi establecimiento
<input type="checkbox"/>	Venta en mi establecimiento y distribución, como actividad restringida, marginal y localizada, a establecimientos de comidas preparadas no sujetos a inscripción en el Registro Sanitario de Alimentos.

**10.- Tipos de Vehículos propios para la distribución:**

<input type="checkbox"/>	Frigorífico
<input type="checkbox"/>	Isotermo
<input type="checkbox"/>	Equipado con dispositivos que mantengan las temperaturas y condiciones adecuadas de transporte
<input type="checkbox"/>	No dispone de vehículos para transporte

En Madrid, a..... de..... de.....

<b>FIRMA</b>

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero SISPAL, cuya finalidad es el control de industrias alimentarias, y podrán ser cedidos cuando por razones de interés general y al amparo de lo establecido en el artículo 55.5 de la Ley 12/2001, de 21 de diciembre, de Ordenación Sanitaria de la Comunidad de Madrid, sea necesario, además de otras cesiones previstas en la Ley. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

<b>DESTINATARIO</b>	Consejería de Sanidad Dirección General de Ordenación e Inspección
---------------------	---

## SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN PREVIA DE UN ESTABLECIMIENTO DE ÓPTICA

### 1.- Datos del Titular propietario:

DNI/ NIF		Nombre/ Razón Social (*)	
Apellidos (*)		Correo electrónico	
Fax		Teléfono Fijo	Teléfono Móvil

(\*) Indique nombre y apellidos en caso de persona física, o Razón Social en caso de persona jurídica

En el caso de que el Titular Propietario sea una persona jurídica, son obligatorios los datos del Solicitante/ Representante legal (Apartado 2).

### 2.- Datos de el/la Solicitante o Representante legal:

DNI/ NIF		Nombre/ Razón Social (*)	
Apellidos (*)		Correo electrónico	
Fax		Teléfono Fijo	Teléfono Móvil
Título de representación			

(\*) Indique nombre y apellidos en caso de persona física, o Razón Social en caso de persona jurídica

### 3.- Medio de notificación:

<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)		
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado		
	Tipo de vía	Nombre vía	Nº
	Piso	Puerta	CP
	Localidad	Provincia	

### 4.- Datos del establecimiento de Óptica:

Nombre Comercial			
Tipo de vía	Nombre vía	Nº	
Local	CP	Localidad	
Fax	Teléfono Fijo		

### 5.- Datos del Director Técnico Óptico-Optometrista propuesto:

DNI/ NIF		Apellidos	
Nombre		Número de Colegiado	

#### 5.1- Datos del segundo Director Técnico Óptico-Optometrista propuesto:

Cumplimente estos campos sólo en el caso de que el horario y/o el volumen de actividad del establecimiento lo exijan (Artículo 6.3 del Decreto 14/2003):

DNI/ NIF		Apellidos	
Nombre		Número de Colegiado	

**6.- Documentación requerida:**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
En caso de solicitudes mediante representante, documento acreditativo de la identidad del mismo (DNI / NIF)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En caso de solicitudes mediante representante, documento acreditativo de la representación que ostenta	<input type="checkbox"/>	
Nombramiento del Director Técnico Óptico-Optometrista	<input type="checkbox"/>	
Fotocopia del DNI/ NIF del Director Técnico Óptico-Optometrista propuesto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Título académico del Director Técnico Óptico-Optometrista propuesto	<input type="checkbox"/>	
Certificado de colegiación expedido por el Colegio Nacional de Ópticos-Optometristas (Primera Delegación Regional) del Director Técnico Óptico-Optometrista propuesto	<input type="checkbox"/>	
Documento acreditativo de la disponibilidad jurídica del local en el que se establecerá el establecimiento de óptica.	<input type="checkbox"/>	
Memoria o resumen del proyecto técnico respecto a las obras e instalaciones, firmado por un técnico competente, visado por el Colegio Profesional correspondiente, y con justificación expresa de que se cumple con la legislación vigente, en materia de urbanismo, construcción y seguridad.	<input type="checkbox"/>	
Planos de conjunto y detalle que permitan la perfecta identificación, localización y descripción de la obra propuesta.	<input type="checkbox"/>	
Proyecto de equipamiento y utillaje con el que contará el establecimiento, utillaje mínimo según actividad (art. 14 del Decreto 14/2003).	<input type="checkbox"/>	
Proyecto de plantilla de personal del establecimiento.	<input type="checkbox"/>	
Plazos previstos de ejecución de las obras e instalaciones.	<input type="checkbox"/>	
Declaración de actividades que se van a desarrollar.	<input type="checkbox"/>	
Declaración de no incurrir ninguno de los responsables del establecimiento de óptica en causa de incompatibilidad para el ejercicio de las actividades relacionadas en el artículo 3 del Decreto 14/2003	<input type="checkbox"/>	
Justificante del pago de la correspondiente tasa. Modelo 030	<input type="checkbox"/>	

(\*) Autorizo a la Comunidad de Madrid a recabar los datos relativos a los documentos seleccionados, eximiéndome de la necesidad de aportarlos, de acuerdo con lo establecido en el artículo 6.2.b) de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos.

En Madrid, a.....de..... de.....

<b>FIRMA</b>

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero RFAR, cuya finalidad es la gestión de autorizaciones de establecimientos de óptica, y no serán cedidos salvo las cesiones previstas en la Ley. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

<b>DESTINATARIO</b>	Consejería de Sanidad Dirección General de Ordenación e Inspección
---------------------	---

## SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DEFINITIVA DE UN ESTABLECIMIENTO DE ÓPTICA

### 1.- Datos del Titular propietario:

DNI/ NIF		Nombre/ Razón Social (*)	
Apellidos (*)		Correo electrónico	
Fax		Teléfono Fijo	Teléfono Móvil

(\*) Indique nombre y apellidos en caso de persona física, o Razón Social en caso de persona jurídica

**En el caso de que el Titular Propietario sea una persona jurídica, son obligatorios los datos del Solicitante/ Representante legal (Apartado 2).**

### 2.- Datos de el/la Solicitante o Representante legal:

DNI/ NIF		Nombre/ Razón Social (*)	
Apellidos (*)		Correo electrónico	
Fax		Teléfono Fijo	Teléfono Móvil
Título de representación			

(\*) Indique nombre y apellidos en caso de persona física, o Razón Social en caso de persona jurídica

### 3.- Medio de notificación:

<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)		
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado		
	Tipo de vía	Nombre vía	Nº
	Piso	Puerta	CP
	Localidad	Provincia	

### 4.- Datos del establecimiento de Óptica:

Nombre Comercial			
Tipo de vía	Nombre vía	Nº	
Local	CP	Localidad	
Fax	Teléfono Fijo		

### 5.- Datos del Director Técnico Óptico-Optometrista propuesto:

DNI/ NIF		Apellidos	
Nombre		Número de Colegiado	

### 5.- Datos del segundo Director Técnico Óptico-Optometrista propuesto:

**Cumplimente estos campos sólo en el caso de que el horario y/o el volumen de actividad del establecimiento lo exijan (Artículo 6.3 del Decreto 14/2003):**

DNI/ NIF		Apellidos	
Nombre		Número de Colegiado	



**6.- Documentación requerida:**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
En caso de solicitudes mediante representante, documento acreditativo de la identidad del mismo (DNI / NIF)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En caso de solicitudes mediante representante, documento acreditativo de la representación que ostenta	<input type="checkbox"/>	
Ratificación, por parte del Colegio Nacional de Ópticos-Optometristas (Primera Delegación Regional), de colegiación del Director Técnico Óptico-Optometrista, cuyo nombramiento se propuso en la solicitud de autorización previa (si procede) o del que le hubiera sustituido por cese del anterior.	<input type="checkbox"/>	
Nombramiento del Director Técnico Óptico-Optometrista (Sólo en el caso de que sea distinto al propuesto en la solicitud de autorización previa)	<input type="checkbox"/>	
Fotocopia del DNI/ NIF del Director Técnico Óptico-Optometrista propuesto (Sólo en el caso de que sea distinto al propuesto en la solicitud de autorización previa)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Título académico del Director Técnico Óptico-Optometrista propuesto (Sólo en el caso de que sea distinto al propuesto en la solicitud de autorización previa)	<input type="checkbox"/>	
Seguro de responsabilidad civil del personal Técnico Óptico-Optometrista	<input type="checkbox"/>	
Declaración de no incurrir ninguno de los responsables del establecimiento de óptica en causa de incompatibilidad para el ejercicio de las actividades relacionadas en el artículo 3 del Decreto 14/2003	<input type="checkbox"/>	
Justificante del pago de la correspondiente tasa. Modelo 030	<input type="checkbox"/>	

(\*) Autorizo a la Comunidad de Madrid a recabar los datos relativos a los documentos seleccionados, eximiéndome de la necesidad de aportarlos, de acuerdo con lo establecido en el artículo 6.2.b) de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos.

En....., a.....de..... de.....

<b>FIRMA</b>

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero RFAR, cuya finalidad es la gestión de autorizaciones de establecimientos de óptica, y no serán cedidos salvo las cesiones previstas en la Ley. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

<b>DESTINATARIO</b>	Consejería de Sanidad Dirección General de Ordenación e Inspección
---------------------	---

## SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE MODIFICACIÓN O RENOVACIÓN DE AUTORIZACIÓN DEFINITIVA DE UN ESTABLECIMIENTO DE ÓPTICA

### 1.- Tipo de Solicitud:

<input type="radio"/>	Solicitud de Autorización de Modificación (Tipo A)	<input type="radio"/>	Solicitud de Renovación de Autorización definitiva (Tipo B)
-----------------------	--	-----------------------	---

### 2.- Datos del Titular propietario:

DNI/ NIF		Nombre/ Razón Social (*)	
Apellidos (*)		Correo electrónico	
Fax		Teléfono Fijo	Teléfono Móvil

(\*) Indique nombre y apellidos en caso de persona física, o Razón Social en caso de persona jurídica

**En el caso de que el Titular Propietario sea una persona jurídica, son obligatorios los datos del Solicitante/ Representante legal (Apartado 2).**

### 3.- Datos de el/la Solicitante o Representante legal:

DNI/ NIF		Nombre/ Razón Social (*)	
Apellidos (*)		Correo electrónico	
Fax		Teléfono Fijo	Teléfono Móvil
Título de representación			

(\*) Indique nombre y apellidos en caso de persona física, o Razón Social en caso de persona jurídica

### 4.- Medio de notificación:

<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)						
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado						
	Tipo de vía		Nombre vía		Nº		
	Piso	Puerta	CP	Localidad	Provincia		

### 5.- Datos del establecimiento de Óptica:

Nombre Comercial							
Tipo de vía		Nombre vía		Nº			
Local		CP		Localidad			
Fax		Teléfono Fijo					

**6.- Documentación requerida:**

**6.1.- Documentación general requerida tanto para Solicitudes de Autorización de Modificación (Tipo A), como para Solicitudes de Renovación de Autorización definitiva (Tipo B):**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
En caso de solicitudes mediante representante, documento acreditativo de la identidad del mismo (DNI / NIF)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En caso de solicitudes mediante representante, documento acreditativo de la representación que ostenta	<input type="checkbox"/>	

(\*) Autorizo a la Comunidad de Madrid a recabar los datos relativos a los documentos seleccionados, eximiéndome de la necesidad de aportarlos, de acuerdo con lo establecido en el artículo 6.2.b) de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos.

**6.2.- Tipo A -- Sólo para Solicitud de Autorización de Modificación (Tipo A):**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Estudio justificativo, firmado por un técnico competente, en el que se indique la coherencia de la ampliación o mejora propuesta respecto a la que existía, comparación de las modificaciones con respecto a las ya autorizadas, así como las medidas que se adoptarán para que la ejecución de las obras no afecte al buen funcionamiento como establecimiento sanitario.	<input type="checkbox"/>
Si la modificación solicitada implica cambio de actividades, o ampliación de las mismas, deberán aportar nuevo proyecto de equipamiento y utillaje mínimo según actividad (art. 14 del Decreto 14/2003)	<input type="checkbox"/>
Justificante del pago de la correspondiente tasa. Modelo 030.	<input type="checkbox"/>

**6.3.- Tipo B -- Sólo para Solicitud de Renovación de Autorización definitiva (Tipo B):**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Documentación actualizada respecto al art. 11 y 17 del Decreto 14/2003.	<input type="checkbox"/>
Justificante del pago de la correspondiente tasa. Modelo 030.	<input type="checkbox"/>

En....., a.....de..... de.....

<b>FIRMA</b>

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero RFAR, cuya finalidad es la gestión de autorizaciones de establecimientos de óptica, y no serán cedidos salvo las cesiones previstas en la Ley. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

<b>DESTINATARIO</b>	Consejería de Sanidad Dirección General de Ordenación e Inspección
---------------------	---

**COMUNICACIÓN DE CAMBIOS O CESE DE ACTIVIDAD Y CIERRE DE UN ESTABLECIMIENTO DE ÓPTICA**
**1.- Tipo de Comunicación:**

<input type="radio"/>	Comunicación de Cambio de Titularidad / Nombre Comercial (Tipo A)	<input type="radio"/>	Comunicación de Cambio de Director Técnico (Tipo B)	<input type="radio"/>	Comunicación de Cese de actividad y Cierre (Tipo C)
-----------------------	---	-----------------------	---	-----------------------	---

**2.- Datos del Titular propietario:**

DNI/ NIF			Nombre/ Razón Social (*)		
Apellidos (*)			Correo electrónico		
Fax		Teléfono Fijo		Teléfono Móvil	

(\*) Indique nombre y apellidos en caso de persona física, o Razón Social en caso de persona jurídica

**En el caso de que el Titular Propietario sea una persona jurídica, son obligatorios los datos del Solicitante/ Representante legal (Apartado 2).**

**3.- Datos de el/la Solicitante o Representante legal:**

DNI/ NIF			Nombre/ Razón Social (*)		
Apellidos (*)			Correo electrónico		
Fax		Teléfono Fijo		Teléfono Móvil	
Título de representación					

(\*) Indique nombre y apellidos en caso de persona física, o Razón Social en caso de persona jurídica

**4.- Medio de notificación:**

<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)				
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado				
	Tipo de vía	Nombre vía		Nº	
	Piso	Puerta	CP	Localidad	Provincia

**5.- Datos del establecimiento de Óptica:**

Nombre Comercial					
Tipo de vía	Nombre vía		Nº		
Local	CP	Localidad			
Fax	Teléfono Fijo				

**6.- Datos de los cambios a comunicar:**

**6.1.- Cumplimente este bloque de campos relativos al nuevo Titular, sólo en el caso de que sea una Comunicación de Cambio de Titularidad:**

DNI/ NIF	Apellidos				
Nombre	Correo electrónico				
Fax	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil			

**6.2.- Cumplimente este dato sólo en el caso de que sea una Comunicación de Cambio de Nombre Comercial:**

Nuevo Nombre Comercial:	
-------------------------	--

**6.3.- Datos del nuevo Director Técnico Óptico-Optometrista. Cumplimente este bloque de datos sólo en el caso de que sea una Comunicación de Cambio de Director Técnico Óptico-Optometrista:**

DNI/ NIF		Apellidos	
Nombre		Número de Colegiado	

**7.- Documentación requerida:**

**7.1.- Tipo A -- Sólo para Comunicación de Cambio de Titularidad / Nombre Comercial (Tipo A):**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Documentación que acredite el cambio de Titular o Nombre Comercial (Escritura pública o documento que haga fe frente a terceros)	<input type="checkbox"/>
Solicitud de licencia a nombre de la nueva Titularidad (Disposición adicional tercera Decreto 14/2003)	<input type="checkbox"/>
Contrato de arrendamiento o compra-venta del nuevo Titular (artículo 16.2.c Decreto 14/2003)	<input type="checkbox"/>
Alta en el Impuesto de Actividades Económicas del nuevo Titular	<input type="checkbox"/>
Relación de equipamiento y utillaje que es objeto en el cambio de Titularidad. Si en el cambio de Titularidad, el equipamiento y utillaje no es objeto de dicha operación, adjunte relación actualizada de los mismos y sus referencias (artículo 11 Decreto 14/2003).	<input type="checkbox"/>

**7.2.- Tipo B – Sólo para Comunicación de Cambio de Director Técnico (Tipo B):**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
Documento de nombramiento del nuevo Director Técnico Óptico-Optometrista suscrito por éste y por el Titular propietario o el Representante legal del establecimiento (artículo 7, Decreto 14/2003)	<input type="checkbox"/>	
Fotocopia del DNI/ NIF del nuevo Director Técnico Óptico-Optometrista propuesto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Título académico del nuevo Director Técnico Óptico-Optometrista propuesto	<input type="checkbox"/>	
Certificado de colegiación expedido por el Colegio Nacional de Ópticos-Optometristas (Primera Delegación Regional) del nuevo Director Técnico Óptico-Optometrista propuesto	<input type="checkbox"/>	

(\*) Autorizo a la Comunidad de Madrid a recabar los datos relativos a los documentos seleccionados, eximiéndome de la necesidad de aportarlos, de acuerdo con lo establecido en el artículo 6.2.b) de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos.

**7.3.- Tipo C -- Sólo para Comunicación de Cese de actividad y Cierre (Tipo C):**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Baja en el Impuesto de Actividades Económicas (artículo 21, Decreto 14/2003)	<input type="checkbox"/>

En....., a.....de..... de.....

<b>FIRMA</b>

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero RFAR, cuya finalidad es la gestión de autorizaciones de establecimientos de óptica, y no serán cedidos salvo las cesiones previstas en la Ley. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

<b>DESTINATARIO</b>	Consejería de Sanidad Dirección General de Ordenación e Inspección
---------------------	---

## SOLICITUD DE REGISTRO DE CENTROS DE FORMACIÓN DE MANIPULADORES DE ALIMENTOS

### 1.- Tipo de Solicitud:

<input type="radio"/>	Inscripción Inicial (Tipo A)	
<input type="radio"/>	Revocación (Tipo B)	Especifique Número de Registro:
<input type="radio"/>	Baja de la Inscripción	
<input type="radio"/>	Cambio (Tipo C)	

### 1.1.- Tipo de Cambio -- Sólo en los casos de cambio (Tipo B):

<input type="radio"/>	De Titularidad (Tipo B1)	<input type="radio"/>	Ampliación de Sectores (Tipo B2)	<input type="radio"/>	De Domicilio Social (Tipo B3)	<input type="radio"/>	De Aulas de Formación (Tipo B4)	<input type="radio"/>	Cese de Actividad (Tipo B5)
-----------------------	--------------------------	-----------------------	----------------------------------	-----------------------	-------------------------------	-----------------------	---------------------------------	-----------------------	-----------------------------

### 2.- Datos del interesado:

NIF/CIF		Apellidos	
Nombre/Razón Social		Correo electrónico	
Fax		Teléfono Fijo	
		Teléfono Móvil	

### 3.- Datos de el/la representante:

NIF/CIF		Apellidos	
Nombre/Razón Social		Título de representación	

### 4.- Domicilios:

#### 4.1.- Domicilio instalaciones:

Tipo de vía		Nombre vía		Nº	
Piso		Puerta		CP	
Provincia		Localidad			

#### 4.2.- Domicilio social:

Tipo de vía		Nombre vía		Nº	
Piso		Puerta		CP	
Provincia		Localidad			

### 5.- Medio de notificación:

<input type="radio"/>	Deseo recibir notificación por vía telemática (solo para usuarios dados de alta en el Servicio de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)				
<input type="radio"/>	Deseo recibir notificación por correo certificado				
	Tipo de vía		Nombre vía		Nº
	Piso		Puerta		CP
	Provincia		País		

**6.- Documentación requerida:****6.1.- Tipo A – Sólo para Renovación de CEFORMA:**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Declaración del Titular de ausencia de modificaciones en instalaciones y/o programa de formación	<input type="checkbox"/>
Documentación actualizada del Programa de Formación	<input type="checkbox"/>

**6.2.- Tipo B – Sólo para Cambios:**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
<b>Tipo B.1 – Cambio de Titularidad</b>	
NIF para personas jurídicas	<input type="checkbox"/>
Fotocopia simple del documento público o privado que justifique el cambio de titularidad, firmado por ambas partes.	<input type="checkbox"/>
Escrito del anterior titular de cesión número autorización CEFORMA	<input type="checkbox"/>
Programa de Formación	<input type="checkbox"/>
<b>Tipo B.2 – Cambio Ampliación de Actividad</b>	
Documentación nuevos sectores	<input type="checkbox"/>
<b>Tipo B.3 – Cambio de Domicilio Social</b>	
NIF	<input type="checkbox"/>
<b>Tipo B.4 – Cambio de Domicilio de las instalaciones</b>	
Características de las aulas	<input type="checkbox"/>
<b>Tipo B.5 – Cambio Cese de Actividad</b>	
Escrito indicando la actividad en la que se da de baja, de las que se encontraban inscritas.	<input type="checkbox"/>

En Madrid, a..... de..... de.....

<b>FIRMA</b>

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero CEFORMA, cuya finalidad es impartir formación a los manipuladores de alimentos de la Comunidad de Madrid y podrán ser cedidos en aquellos casos previstos en la Ley. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

<b>DESTINATARIO</b>	Consejería de Sanidad Dirección General de Ordenación e Inspección
---------------------	---

Etiqueta del Registro

## CERTIFICACIÓN TÉCNICO-SANITARIA VEHÍCULOS TRANSPORTE SANITARIO

### 1.- Tipo de Solicitud:

<input type="radio"/> Certificación Técnica Sanitaria	<input type="radio"/> Renovación de certificación técnico-sanitaria	<input type="radio"/> Cese de Actividad
---	---	---

### 2.- Datos del Interesado/Representante:

DNI/ NIE/ Pasaporte:							
Apellido 1º:							
Apellido 2º:							
Nombre/s:							
Tipo de vía		Nombre vía					
Número		Piso		Puerta		CP	
Localidad					Provincia		
País		Teléfono fijo			Teléfono móvil		

### 3.- Datos de la Empresa:

NIF							
Razón Social							
Tipo de vía		Nombre vía				Nº	
Piso		Puerta		CP		Email	
Localidad				Provincia			
Teléfono fijo				Teléfono móvil			

### 4. Datos del Vehículo:

Marca	
Modelo	
Nº de Matricula	
Fecha Matriculación	

### 5. Tipo de Vehículo:

<input type="radio"/>	Ambulancia no asistencial de traslado individual de enfermos.
<input type="radio"/>	Vehículo de transporte sanitario colectivo de pacientes no aquejados de enfermedades transmisibles.
<input type="radio"/>	Ambulancia asistencial de soporte vital básico.
<input type="radio"/>	Ambulancia asistencial de soporte vital avanzado tipo "U.V.I Móvil"



**6.- Medio de notificación:**

<input type="radio"/>	Deseo recibir notificación por vía telemática (solo para usuarios dados de alta en el Servicio de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)				
<input type="radio"/>	Deseo recibir notificación por correo certificado				
	Tipo de vía		Nombre vía		Nº
	Piso	Puerta	CP	Localidad	
	Provincia			País	

**7.- Documentación requerida:**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
1.- Fotocopia DNI / NIE del representante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.- Documento acreditativo de la personalidad del solicitante o representación que ostente	<input type="checkbox"/>	
3.-Ficha Técnica del vehículo y permiso de circulación	<input type="checkbox"/>	
4.- Memoria descriptiva y certificado de transformación	<input type="checkbox"/>	
5.- Planos a escala de planta y lateral con situación de su equipamiento.	<input type="checkbox"/>	
6.- Rotulación exterior y equipamiento sanitarios.	<input type="checkbox"/>	
7.- Justificación de la suscripción del seguro del vehículo (último recibo vigente)	<input type="checkbox"/>	
8.- Justificación del abono de tasas (Modelo 030)	<input type="checkbox"/>	

(\*) Autorizo a la Comunidad de Madrid a recabar los datos relativos a los documentos seleccionados, eximiéndome de la necesidad de aportarlos, de acuerdo con lo establecido en el artículo 6.2.b) de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos.

En Madrid, a..... de..... de.....

<b>FIRMA</b>

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero VTST, cuya finalidad es el tratamiento con fines de evaluación y estadística de los vehículos de transporte sanitarios terrestre residenciados en la Comunidad de Madrid, que únicamente podrán ser cedidos en los casos previstos en la ley. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

<b>DESTINATARIO</b>	Consejería de Sanidad Dirección General de Ordenación e Inspección
---------------------	---

## DENUNCIAS SOBRE ALIMENTOS Y ESTABLECIMIENTOS DE ALIMENTACIÓN

### 1.- Tipo de denuncia:

<input type="radio"/> Denuncia sobre alimento	<input type="radio"/> Denuncia sobre establecimiento	<input type="radio"/> Ambos
---	--	-----------------------------

### 2.- Datos del interesado:

NIF					Apellidos					
Nombre/Razón Social					Correo electrónico					
País			Tipo de vía			Nombre vía			Nº	
Piso	Puerta	Escalera	CP	Localidad		Provincia				
Fax			Teléfono Fijo			Teléfono Móvil				

### 3.- Datos de el/la representante

NIF					Apellidos					
Nombre/Razón Social					Correo electrónico					
Fax			Teléfono Fijo			Teléfono Móvil				

### 4.- Medio de notificación

<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)										
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado										
		Tipo de vía				Nombre vía				Nº	
Piso	Puerta	Escalera	CP	Localidad		Provincia					

### 5.- Documentación aportada:

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>
	<input type="checkbox"/>

### 6.- Datos del Establecimiento:

Nombre/Razón Social										
Dirección	Tipo de vía		Nombre vía				Nº			
Piso	Puerta	Escalera	CP	Localidad		Provincia				

### 7.- Datos del producto:

Nombre o denominación de venta							
Marca comercial			Fabricante o marquista				
Fecha de caducidad/consumo preferente			Lote		Tamaño del envase		

**8- EXPONE:**

**9.- SOLICITA:**

En ....., a..... de..... de.....

<b>FIRMA</b>

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero DENUNCIASDGOEI , cuya finalidad es Gestionar, tramitar y controlar las denuncias en materia de medicamentos, productos sanitarios, fraudes alimentarios, alimentos y establecimientos alimentarios y de sanidad ambiental y no podrán ser cedidos, salvo las cesiones previstas en la Ley. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

<b>DESTINATARIO</b>	Consejería de Sanidad Dirección General de Ordenación e Inspección Subdirección General de Higiene y Seguridad Alimentaria
---------------------	--

## COMUNICACIÓN DE PROMOCIÓN DE MEDICAMENTOS EN VISITA MÉDICA

### 1.- Datos del Laboratorio:

NIF	Nombre del Laboratorio farmacéutico			
Grupo Empresarial (si procede)				
N ° de Clave de alta en la Seguridad Social				
Domicilio Laboratorio				
CP	Localidad	Provincia		
Fax	Teléfono			
Página Web	CN(*)			

(\*) Indique el Código Nacional en alta más antiguo del medicamento del que el Laboratorio sea Titular de la Autorización de Comercialización u Ofertante.

### 2.- Datos de contacto (persona responsable):

Departamento responsable				
Persona de contacto	Apellidos	Nombre		
	Teléfono fijo	Teléfono móvil	Fax	
	Correo electrónico			
	Cargo			

### 3.- Tipo de Centro/ Servicio que está interesado en visitar:

<input type="checkbox"/>	Centros de Atención Primaria (CAP)	<input type="checkbox"/>	Centros de Especialidades Periféricas (CEP)	<input type="checkbox"/>	Centros de Salud Mental (CSM)	<input type="checkbox"/>	Servicios Hospitalarios (SH)
--------------------------	------------------------------------	--------------------------	---	--------------------------	-------------------------------	--------------------------	------------------------------

### 4.- Periodo para el que se solicita la visita:

Cuatrimestre		Año	
--------------	--	-----	--

### 5.- Medio de notificación:

<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma telemática (solo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid).							
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado							
Tipo de vía		Nombre vía		Nº				
Piso	Puerta	CP	Localidad	Provincia				

**6.- Documentación requerida:**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Declaración expresa del laboratorio de estar adherido a los principios del Código Español de Buenas Prácticas de Promoción de los Medicamentos y de Interrelación de la Industria Farmacéutica con los Profesionales Sanitarios.	<input type="checkbox"/>
Formulario en entorno web (SISVICAM) con los datos identificativos del laboratorio y la relación de los CAP, CEP, CSM y SH que está interesado en visitar.	<input type="checkbox"/>
Justificante del pago de la Tasa (modelo 030)	<input type="checkbox"/>

La selección de centros de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública de la Comunidad de Madrid deberá realizarse mediante la aplicación informática SISVICAM en el plazo otorgado a tal efecto ( [www.sisvicam.org](http://www.sisvicam.org))

En Madrid, a..... de..... de.....

<b>FIRMA</b>

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero SISVICAM, cuya finalidad es gestionar la planificación de la visita médica en los centros de la Red Sanitaria Única de Utilización Pública de la Comunidad de Madrid, inscrito en el Registro de Ficheros de Datos Personales de la Agencia de Protección de Datos de la Comunidad de Madrid ([www.apdcm.es](http://www.apdcm.es)). El Órgano responsable del fichero es la Dirección General de Ordenación e Inspección de la Consejería de Sanidad de la Comunidad de Madrid, y la Dirección donde el interesado podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición ante el mismo es Paseo de Recoletos, 14 – 28001 – Madrid, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

<b>DESTINATARIO</b>	Consejería de Sanidad Dirección General de Ordenación e Inspección
---------------------	---

## AUTORIZACIÓN DE DISTRIBUCIÓN DE PRODUCTOS SANITARIOS

### 1.- Tipo de Solicitud

<input type="radio"/> Autorización Inicial con almacén propio (Tipo A)	<input type="radio"/> Autorización inicial con almacén subcontratado (Tipo B)	<input type="radio"/> Autorización inicial sin almacén (Tipo C)	<input type="radio"/> Cambios de titularidad, domicilios o técnico responsable. (Tipo D)	<input type="radio"/> Baja o cese de actividad
--	---	---	--	--

#### 1.1.- Tipo de Cambio - Sólo en los siguientes cambios

<input type="checkbox"/>	De Titularidad	Denominación anterior de la Empresa	
<input type="checkbox"/>	De domicilio social	Domicilio Social anterior	
<input type="checkbox"/>	De domicilio de distribución	Domicilio de distribución anterior	
<input type="checkbox"/>	De Técnico Responsable	Técnico responsable anterior	

### 2.- Datos del Distribuidor

#### 2.1.- Denominación de la empresa

Nombre		NIF		Nº DAPS/DPS:	
--------	--	-----	--	--------------	--

#### 2.2.- Domicilio social

Tipo de vía		Nombre vía		Nº	
Piso		Puerta		CP	
Provincia				Teléfono	
Fax				Correo electrónico	

#### 2.3.- Domicilio de distribución

Tipo de vía		Nombre vía		Nº	
Piso		Puerta		CP	
Provincia				Teléfono	
Fax				Correo electrónico	

#### 2.4.- Técnico Responsable

Nombre		Apellidos	
NIF		Titulación académica	

### 3.- Datos del Representante legal

Nombre		Apellidos	
NIF		Título de representación	

### 4.- Medio de notificación

<input type="radio"/>	Deseo se me notifique de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)				
<input type="radio"/>	Deseo se me notifique por correo certificado				
	Tipo de vía		Nombre vía		Nº
	Piso		Puerta		CP
				Localidad	
				Provincia	

**5.- Documentación requerida,****5.1.- Autorización Inicial con almacén propio (Tipo A)**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
Modelo 030, original, de pago de tasas	<input type="checkbox"/>	
DNI si se trata de persona física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escrituras de constitución de la sociedad que incluya la actividades sanitaria como objeto social.	<input type="checkbox"/>	
Poder de acreditación del representante legal.	<input type="checkbox"/>	
Anexo I : Documento de Identificación de Técnico Responsable.	<input type="checkbox"/>	
Titulación universitaria del Técnico Responsable	<input type="checkbox"/>	
Tipos de productos que distribuye y descripción.	<input type="checkbox"/>	
Escritura de propiedad o contrato de arrendamiento del local de distribución.	<input type="checkbox"/>	
Plano del local con identificación de las zonas.	<input type="checkbox"/>	
Descripción del sistema de gestión de la distribución de productos (art. 17.1 del Real Decreto 414/1996 de 1 de marzo, por el que se regula los productos sanitarios.	<input type="checkbox"/>	
Descripción del sistema de vigilancia. Medidas de restricción o seguimiento determinadas por las autoridades sanitarias (Art. 17.3 del Real Decreto 414//1996 de 1 de marzo, por el que se regula los productos sanitarios)	<input type="checkbox"/>	
Descripción del sistema de tratamiento de incidencias y/o reclamaciones	<input type="checkbox"/>	

**5.2.- Autorización Inicial con almacén subcontratado (Tipo B)**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
Modelo 030, original, de pago de tasas	<input type="checkbox"/>	
DNI si se trata de persona física	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escrituras de constitución de la sociedad que incluya la actividades sanitaria como objeto social.	<input type="checkbox"/>	
Poder de acreditación del representante legal	<input type="checkbox"/>	
Contrato de prestación de servicios por subcontratación del almacenamiento	<input type="checkbox"/>	
Anexo I : Documento de Identificación de Técnico Responsable	<input type="checkbox"/>	
Titulación universitaria del Técnico Responsable	<input type="checkbox"/>	
Tipos de productos que distribuye y descripción.	<input type="checkbox"/>	
Plano del local con identificación de las zonas.	<input type="checkbox"/>	
Autorización de la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios de la licencia de importación y/o fabricante, si procede.	<input type="checkbox"/>	
Descripción del sistema de gestión de la distribución de productos (art. 17.1 del Real Decreto 414/1996 de 1 de marzo, por el que se regula los productos sanitarios.	<input type="checkbox"/>	
Descripción del sistema de vigilancia. Medidas de restricción o seguimiento determinadas por las autoridades sanitarias (Art. 17.3 del Real Decreto 414//1996 de 1 de marzo, por el que se regula los productos sanitarios)	<input type="checkbox"/>	
Descripción del sistema de tratamiento de incidencias y/o reclamaciones	<input type="checkbox"/>	

**5.3.- Autorización Inicial sin almacén (Tipo C)**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
Modelo 030, original, de pago de tasas.	<input type="checkbox"/>	
DNI si se trata de persona física.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Escrituras de constitución de la sociedad que incluya la actividades sanitaria como objeto social.	<input type="checkbox"/>	
Poder de acreditación del representante legal	<input type="checkbox"/>	
Anexo I : Documento de Identificación de Técnico Responsable	<input type="checkbox"/>	
Titulación universitaria del Técnico Responsable.	<input type="checkbox"/>	
Tipos de productos que distribuye y descripción	<input type="checkbox"/>	
Descripción del sistema de gestión de la distribución de productos (art. 17.1 del Real Decreto 414/1996 de 1 de marzo, por el que se regula los productos sanitarios.	<input type="checkbox"/>	
Descripción del sistema de vigilancia. Medidas de restricción o seguimiento determinadas por las autoridades sanitarias (Art. 17.3 del Real Decreto 414//1996 de 1 de marzo, por el que se regula los productos sanitarios)	<input type="checkbox"/>	
Descripción del sistema de tratamiento de incidencias y/o reclamaciones	<input type="checkbox"/>	

**5.4 Cambios tipo D****5.4.1 Cambio de titularidad**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
Documento público que justifique el cambio de titular	<input type="checkbox"/>	

**5.4.2. Cambio de domicilio social**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
Documento público que acredite el cambio	<input type="checkbox"/>	



**5.4.3. Cambio de domicilio de almacén**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
Modelo 030, original, de pago de tasas	<input type="checkbox"/>	
Escritura de propiedad o contrato de arrendamiento del local de distribución.	<input type="checkbox"/>	
Plano del local con identificación de las zonas.	<input type="checkbox"/>	
Contrato de prestación de servicios por subcontratación del almacenamiento	<input type="checkbox"/>	

**5.4.4. Cambio de Técnico Responsable.**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
Anexo I Documento de Identificación de Técnico Responsable	<input type="checkbox"/>	
Titulación universitaria.	<input type="checkbox"/>	

(\*) Autorizo a la Comunidad de Madrid a recabar los datos relativos a los documentos seleccionados, eximiéndome de la necesidad de aportarlos, de acuerdo con lo establecido en el artículo 6.2.b) de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos.

En....., a.....de..... de.....

**FIRMA del Representante legal de la Empresa**

El representante legal de la empresa, declara, bajo su responsabilidad, la exactitud de los datos reseñados en la presente solicitud y su conformidad con lo establecido en la legislación vigente.

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Información de productos sanitarios y cosméticos", cuya finalidad es la gestión de los productos sanitarios y cosméticos de la Comunidad de Madrid y podrán ser cedidos según las cesiones previstas en la Ley. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

<b>DESTINATARIO</b>	Consejería de Sanidad Dirección General de Ordenación e Inspección.
---------------------	--

## SOLICITUD PARA LA REALIZACIÓN DE ESTUDIOS POSTAUTORIZACIÓN CON MEDICAMENTOS DE USO HUMANO

### 1.- Datos del solicitante:

NIF			Apellidos				
Nombre/Razón Social							
Correo electrónico				País			
Dirección	Tipo vía	Nombre vía				Nº	
Piso	Puerta	CP	Localidad	Provincia			
Fax			Teléfono Fijo			Teléfono Móvil	

### 2.- Datos de el/la representante:

NIF			Apellidos			
Nombre/Razón Social			Correo electrónico			
Fax			Teléfono Fijo			Teléfono Móvil

### 3.- Datos del estudio

Título					
Código Protocolo			Versión		

### 4.- Medio de notificación:

<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)					
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado					
	Tipo de vía	Nombre vía				Nº
	Piso	Puerta	CP	Localidad	Provincia	

**5.- Documentación requerida:**

**5.1.-En todo caso:**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Cuatro copias del protocolo del estudio en castellano, firmado por el promotor y por el investigador-coordinador	<input type="checkbox"/>
Memoria económica firmada por el promotor del estudio	<input type="checkbox"/>
Informe favorable emitido por un Comité Ético de Investigación Clínica acreditado del Estado Español	<input type="checkbox"/>
Justificante de ingreso de la tasa de solicitud de autorización de estudios postautorización de tipo observacional, modelo 030	<input type="checkbox"/>
Documento de clasificación del estudio emitido por la Agencia Española de Medicamentos y Productos Sanitarios	<input type="checkbox"/>
Listado de centros sanitarios donde se pretende realizar el estudio desglosado por Comunidades Autónomas	<input type="checkbox"/>
Listado de investigadores participantes en la Comunidad de Madrid	<input type="checkbox"/>

**5.2.-Sólo en caso de que la solicitud se presente por una organización de investigación por contrato:**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Documento emitido por el promotor del estudio en el que conste la delegación de responsabilidades en la gestión administrativa del estudio, así como el alcance de la misma	<input type="checkbox"/>

En Madrid, a..... de..... de.....

<b>FIRMA</b>

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero EPAS, cuya finalidad es la gestión del procedimiento de autorización de estudios postautorización con medicamentos de uso humano. Está prevista la cesión a otras Administraciones. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

<b>DESTINATARIO</b>	Consejería de Sanidad Dirección General de Ordenación e Inspección
---------------------	---

**COMUNICACIÓN AL REGISTRO DE RESPONSABLES DE COMERCIALIZACIÓN  
DE PRODUCTOS SANITARIOS**
**1.- Datos de la empresa responsable de comercialización:**

Denominación de la Empresa				NIF	
Tipo de vía		Nombre de vía			Nº
Piso	Puerta	CP	Localidad	Provincia	
Teléfono			Correo Electrónico		

En calidad de	<input type="radio"/>	Fabricante	<input type="radio"/>	Representante autorizado de la Unión Europea	<input type="radio"/>	Importador
---------------	-----------------------	------------	-----------------------	--	-----------------------	------------

**2.- Datos del representante legal:**

DNI/ NIF		Apellidos			
Nombre			Correo electrónico		
Fax	Teléfono Fijo		Teléfono Móvil		
Título de representación					

**3.- Medio de notificación:**

<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma telemática (solo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)				
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado				
Tipo de vía		Nombre vía			Nº
Piso	Puerta	CP	Localidad	Provincia	

**4.- Documentación requerida:**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Relación de productos.	<input type="checkbox"/>

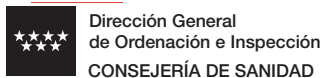
El comunicante o su representante declara, bajo su responsabilidad la exactitud de los datos reseñados en la presente Comunicación y su conformidad con lo establecido en la legislación vigente.

Madrid, a..... de..... de.....

**FIRMA**

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Información de productos sanitarios y cosméticos", cuya finalidad es la "gestión de los productos sanitarios y cosméticos de la Comunidad de Madrid", estando previstas la cesión de tales datos a la Agencia Española del Medicamento y Productos Sanitarios. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

<b>DESTINATARIO</b>	Consejería de Sanidad Dirección General de Ordenación e Inspección
---------------------	---



**Comunidad de Madrid**

Etiqueta del Registro

**COMUNICACIÓN DE ESTABLECIMIENTO DE VENTA DE PRODUCTOS SANITARIOS EN SERIE**

**1.- Tipo de Comunicación**

<input type="radio"/> <b>A</b> — Comunicación Inicial	<input type="radio"/> <b>B</b> — Cambios de titularidad, domicilios	<input type="radio"/> <b>C</b> — Baja o cese de actividad
---	---	---

**1.1.- Tipo de Cambio** (Sólo en los casos de cambios tipo B)

<input type="checkbox"/>	Titularidad	Denominación anterior de la empresa.	
<input type="checkbox"/>	Domicilio Social	Domicilio social anterior	
<input type="checkbox"/>	Domicilio del establecimiento	Domicilio anterior del establecimiento	

**2.- Datos del Establecimiento**

**2.1.- Denominación**

Denominación de la Empresa	NIF	
----------------------------	-----	--

**2.2.- Domicilio del establecimiento**

Tipo de vía		Nombre vía		Nº		
Piso	Puerta	CP	Localidad			
Provincia			Teléfono			
Fax			Correo electrónico			

**2.3.- Domicilio social (\*)**

Tipo de vía		Nombre vía		Nº		
CP	Localidad					
Provincia			Teléfono			
Fax			Correo electrónico			

(\*) Cumplimente este cuadro sólo si no coincide con el domicilio del establecimiento

**3.- Datos de el/la representante legal**

Nombre		Apellidos	
NIF		Título de representación	

**4.- Medio de notificación**

<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)								
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado								
	Tipo de vía		Nombre vía					Nº	
	Piso		Puerta		CP		Localidad		Provincia

**5.- Documentación requerida (Sólo para «Tipo A — Comunicación Inicial»)**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la comunicación
Tipos de productos sanitarios que vende	<input type="checkbox"/>
Relación de establecimientos según apartado 2.2, en caso de que sean más de uno.	<input type="checkbox"/>

El representante legal declara, bajo su responsabilidad, la exactitud de los datos reseñados en la presente Comunicación y su conformidad con lo establecido en la legislación vigente.

En....., a.....de..... de.....

**FIRMA El/la representante legal**

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "Información de productos sanitarios y cosméticos", cuya finalidad es la gestión de los productos sanitarios y cosméticos de la Comunidad de Madrid. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

<b>DESTINATARIO</b>	Consejería de Sanidad Dirección General de Ordenación e Inspección
---------------------	---



**COMUNICACIÓN DE SOPORTE VÁLIDO DE PUBLICIDAD DE MEDICAMENTOS DE USO HUMANO**

**1.- Datos de la empresa:**

NIF			Nombre/Razón Social				
Dirección	Tipo vía			Nombre vía			Nº
Piso	Puerta	CP	Localidad	Provincia			
Persona de contacto							
Departamento			Cargo				
Correo electrónico							
Fax			Teléfono Fijo			Teléfono Móvil	

**2.- Título de la publicación o medio audiovisual:**

**3.- Datos de el/la representante:**

NIF			Apellidos				
Nombre/Razón Social			Correo electrónico				
Fax			Teléfono Fijo			Teléfono Móvil	

**4.- Medio de notificación:**

<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado (a la dirección y persona de contacto que aparece en el apartado 1 )

**5.- Datos de la publicación:**

**5.1.- Fecha de difusión**

Fecha de Difusión prevista <sup>(1)</sup>	
---	--

(1) Debe ser posterior a la fecha de comunicación o entrada en el Registro Oficial de la publicación.

**5.2.- Ámbito de difusión:**

<input type="radio"/> Autonómico	<input type="radio"/> Nacional	<input type="radio"/> Internacional
----------------------------------	--------------------------------	-------------------------------------

**5.3.- Tipo de publicación o medio audiovisual y modo de difusión:** (Cumplimente siempre las dos columnas)

Tipo de publicación o medio audiovisual		
<input type="radio"/>	Base de datos o Programa informático.	
<input type="radio"/>	Boletín informativo.	
<input type="radio"/>	Canal o programa (de Televisión o Radio)	
<input type="radio"/>	Correo electrónico.	
<input type="radio"/>	Hoja o folleto informativo.	
<input type="radio"/>	Libro.	
<input type="radio"/>	DVD.	
<input type="radio"/>	Línea o nº telefónico.	
<input type="radio"/>	Medio interactivo.	
<input type="radio"/>	MP3.	
<input type="radio"/>	Página web.	
<input type="radio"/>	Periódico.	
<input type="radio"/>	Póster.	
<input type="radio"/>	Punto de información.	
<input type="radio"/>	Revista o selección de artículos de revista.	
<input type="radio"/>	Otro:	Especifique:

Modo de difusión de la publicación o medio audiovisual			
<input type="checkbox"/>	CD-ROM	Título o contenido:	
<input type="checkbox"/>	Cinta de vídeo		
<input type="checkbox"/>	Disquete		
<input type="checkbox"/>	DVD		
<input type="checkbox"/>	Memoria USB	Dirección:	
<input type="checkbox"/>	Correo electrónico:		
<input type="checkbox"/>	Página Web:	Especifique:	
<input type="checkbox"/>	Papel o impreso		
<input type="checkbox"/>	Telefonía	Nº o línea:	
<input type="checkbox"/>	Telefonía móvil		
<input type="checkbox"/>	Televisión	Programa o canal:	
<input type="checkbox"/>	Radio		
<input type="checkbox"/>	Otro:	Especifique:	
<input type="checkbox"/>			

**6.- Documentación requerida:**

**NOTA:** La Administración Pública podrá exigir la presentación física de la publicación o el medio audiovisual.

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Ejemplar de la publicación o medio audiovisual.	<input type="checkbox"/>



**7.- DECLARACIÓN EXPRESA DE LA DIFUSIÓN RESTRINGIDA DEL SOPORTE VÁLIDO:**

De acuerdo con lo establecido en el artículo 15.3b del Real Decreto 1416/1994 de 25 de junio, por el que se regula la publicidad de medicamentos de uso humano, la empresa arriba indicada hace constar que asume la responsabilidad de garantizar que la publicación o medio audiovisual antes referenciado se difundirá exclusivamente a personas facultadas para prescribir o dispensar medicamentos. Asimismo, manifiesta que, al tener carácter básicamente científico o profesional y estar relacionado con la práctica de la medicina o la farmacia, se considera soporte adecuado para admitir publicidad de medicamentos de uso humano.

En Madrid, a..... de..... de.....

<b>FIRMA</b>

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero Gestión del Control de la Publicidad de Medicamentos, cuya finalidad es posibilitar los tratamientos de datos de los responsables de comunicar la publicidad de los medicamentos y los soportes válidos, y no podrán ser cedidos , salvo las cesiones previstas en la Ley. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

<b>DESTINATARIO</b>	Consejería de Sanidad Dirección General de Ordenación e Inspección
---------------------	---

Etiqueta del Registro

**SOLICITUD DE CERTIFICADO SANITARIO PARA LA EXPORTACIÓN DE PRODUCTOS ALIMENTICIOS****1.- Datos de la empresa:**

NIF			Nombre/Razón Social				
Correo electrónico					País		
Dirección	Tipo vía			Nombre vía			Nº
	Piso		Puerta		CP		Localidad
							Provincia
	Fax			Teléfono Fijo			Teléfono Móvil

**2.- Datos del/la representante:**

NIF			Apellidos				
Nombre/Razón Social				Correo electrónico			
Fax			Teléfono Fijo			Teléfono Móvil	

**3.- Medio de notificación:**

<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)						
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado						
	Tipo de vía			Nombre vía			Nº
	Piso		Puerta		CP		Localidad
							Provincia

**4.- Documentación requerida:**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Anexo cumplimentado en castellano	<input type="checkbox"/>
Anexo cumplimentado en otro idioma usual en el comercio internacional	<input type="checkbox"/>
Justificante de abono de la tasa (mod. 030)	<input type="checkbox"/>
Documentación adicional en caso de requerirse por el país destinatario	<input type="checkbox"/>

En Madrid, a.....de..... de.....

**FIRMA**

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero CERTEXPO, cuya finalidad es gestionar los certificados de exportación de productos alimenticios de empresas alimentarias a terceros países, y no podrán ser cedidos. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

**DESTINATARIO**
 Consejería de Sanidad  
Dirección General de Ordenación e Inspección

**NOTIFICACIÓN DE TORRES DE REFRIGERACIÓN Y CONDENSADORES EVAPORATIVOS**
**1.- Tipo de Notificación:**

<input type="radio"/>	Notificación de Alta	Fecha:			
<input type="radio"/>	Notificación de Modificaciones	Fecha:			
<input type="radio"/>	Notificación de Baja	Fecha:	<input type="radio"/>	Cambio de titularidad	
			<input type="radio"/>	Cese de Actividad	
			<input type="radio"/>	Sustitución de equipo por otro sistema que no emita aerosoles	

**2.- Datos del Titular:**

NIF:				Apellidos (*):			
Nombre o Razón Social (*)							
Tipo de vía:			Nombre vía:			Nº	
CP:			Localidad:			Teléfono:	
Fax:			Correo electrónico:				

(\*) Apellidos y Nombre en caso de persona física, o Razón Social en caso de persona jurídica

**3.- Datos de el/la representante:**

DNI/ NIF:			Apellidos:				
Nombre:				Título de representación:			

**4.- Medio de notificación (en caso necesario):**

<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)						
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado						
	Tipo de vía			Nombre vía			Nº
	Piso	Puerta	CP	Localidad	Provincia		

**5.- Datos de los equipos:**

Captación del agua	<input type="radio"/>	Red Pública								
	<input type="radio"/>	Suministro propio	<input type="radio"/>	Superficial						
			<input type="radio"/>	Subterráneo						
¿Existe depósito?	<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>	Sí	En caso afirmativo especifique Ubicación y Volumen:					
¿Están ubicados en Centros Sanitarios o Residencias de Ancianos, o cerca de ellos?	<input type="radio"/>		No	<input type="radio"/>	Sí					
¿Alguno de los equipos está ubicado cerca de la vía pública, zonas de paso, ventanas o tomas de aire acondicionado?	<input type="radio"/>		No	<input type="radio"/>	Sí					
Empresa que ha efectuado el tratamiento de limpieza y desinfección general según el protocolo que figura en el Anexo IV del R.D. 865/2003:						Fecha:				
Empresa que realiza el mantenimiento y desinfección:										
¿Disponen de Programa de Prevención de la Legionelosis (Programa de mantenimiento higiénico-sanitario)?:							<input type="radio"/>	No	<input type="radio"/>	Sí

**6.- Características individuales de los equipos:**

Características		Equipo 1	Equipo 2	Equipo 3	Equipo 4	Equipo 5	Equipo 6
Tipo. Indique (T) si el equipo es una Torre de Refrigeración o (C) si el equipo es un Condensador Evaporativo.		<input type="radio"/> T <input type="radio"/> C	<input type="radio"/> T <input type="radio"/> C	<input type="radio"/> T <input type="radio"/> C	<input type="radio"/> T <input type="radio"/> C	<input type="radio"/> T <input type="radio"/> C	<input type="radio"/> T <input type="radio"/> C
Marca							
Modelo							
Número de Serie							
Fecha de Instalación							
Fecha de Reforma							
Potencia Ventilador (Kw, Cv)							
Régimen de Funcionamiento	Régimen (1)						
	Horas/ Día						
	Días/ Año						
Ubicación de los equipos  (Indique la distancia en metros)	Desde el equipo hasta la vía pública o zonas de paso	En altura					
		En horizontal					
	Desde el equipo hasta ventanas próximas	En altura					
		En horizontal					
	Desde el equipo hasta tomas de aire acondicionado	En altura					
		En horizontal					
¿El equipo se encuentra ubicado en lugares de difícil acceso por lo que es difícil la limpieza y el mantenimiento?		<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí
¿Realizan desinfección en continuo?		<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí	<input type="radio"/> No <input type="radio"/> Sí

(1) Indique si el régimen de funcionamiento es:

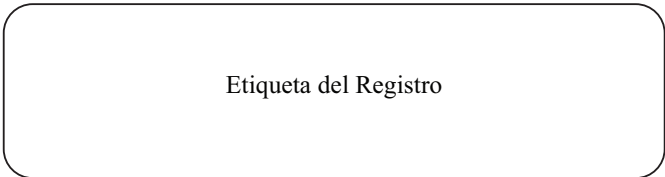
- Continuo: Funcionamiento sin interrupción
- Estacional: Funcionamiento coincidente con los cambios estacionales (Primavera-verano)
- Intermitente: Periódico con paradas de más de una semana.
- Irregular: Que no sigue ninguna norma en su funcionamiento.

En....., a.....de..... de.....

**FIRMA**

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero SANAMBIENTAL, cuya finalidad es tramitar, gestionar y controlar instalaciones de aguas de consumo humano, inscripción en SINAC, de aguas de baño e inscripción en NAYADE así como torres de refrigeración y condensadores evaporativos. No se están previstas cesiones de datos, salvo las previstas en la Ley. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

**DESTINATARIO**
 Consejería de Sanidad  
 Dirección General de Ordenación e Inspección



**REGISTRO DE FARMACÉUTICO REGENTE**

**1.- Tipo:**

<input type="radio"/>	Solicitud de Autorización de Designación de Regente (Tipo A - ALTAS)	<input type="radio"/>	Comunicación de baja (Tipo B - BAJAS)	<input type="radio"/>	Comunicación de variación de datos registrales (Tipo C - VARIACIONES)
-----------------------	--	-----------------------	---------------------------------------	-----------------------	---

**1.1.- Causa de la designación -- Sólo en los casos de Solicitud de Autorización de designación de Regente (Tipo A - ALTAS):**

<input type="radio"/>	Por fallecimiento (Tipo A1)	<input type="radio"/>	Por jubilación (Tipo A2)	<input type="radio"/>	Por incapacidad (Tipo A3)	<input type="radio"/>	Por declaración judicial de ausencia (Tipo A4)
-----------------------	-----------------------------	-----------------------	--------------------------	-----------------------	---------------------------	-----------------------	--

**2.- Datos del Solicitante/ Comunicante (\*):**

DNI/ NIF				Apellidos			
Nombre				Correo electrónico			
Fax			Teléfono Fijo			Teléfono Móvil	

(\*) El/ Los solicitante/s podrá/n ser el/ los Director/es Técnico/s Propietario/s, o Herederos en su caso.

**3.- Medio de notificación:**

<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)						
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado						
	Tipo de vía	Nombre vía			Nº		
	Piso	Puerta	CP	Localidad	Provincia		

**4.- Datos de el/la representante:**

DNI/ NIF				Apellidos			
Nombre				Correo electrónico			
Fax			Teléfono Fijo			Teléfono Móvil	
Título de representación							

**5.- Datos de la Oficina de Farmacia:**

Tipo de vía	Nombre vía			Nº			
Local	CP	Localidad					
Número Oficina de Farmacia	Fax		Teléfono Fijo				

**6.- Datos del Farmacéutico propuesto:**

DNI/ NIF				Apellidos			
Nombre				Número de Colegiado			

**7.- Documentación requerida en los casos de Solicitudes de Tipo A - ALTAS:****7.1.- Documentación general**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Documento acreditativo de la colegiación en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid	<input type="checkbox"/>
Vida laboral, Contrato o Alta de autónomo como Colaborador Familiar	<input type="checkbox"/>
Fotocopia del título de Licenciado en Farmacia (Anverso y reverso), o en su defecto, documento que acredite la licenciatura.	<input type="checkbox"/>
Anexo I - Aceptación del nombramiento de Farmacéutico Regente, Adjunto o Sustituto	<input type="checkbox"/>

**7.2.- Documentación adicional**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
<b>Tipo A.1 – Por fallecimiento</b>	
Certificado de defunción del titular de la oficina de farmacia	<input type="checkbox"/>
Copia simple del testamento, si lo hubiere, y si no lo hay, Declaración de Herederos, Acta de notoriedad,...	<input type="checkbox"/>
<b>Tipo A.2 –Por jubilación</b>	
Fotocopia de la Resolución por la que se concede la prestación por jubilación del titular de la oficina de farmacia.	<input type="checkbox"/>
<b>Tipo A.3 –Por Incapacidad</b>	
Documento que acredite la incapacidad	<input type="checkbox"/>
<b>Tipo A.4 –Por Declaración judicial de ausencia</b>	
Resolución judicial de ausencia	<input type="checkbox"/>

**8.- Documentación requerida en los casos de Comunicaciones de Tipo B - BAJAS:**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Documento que acredite la fecha de baja	<input type="checkbox"/>

**9.- Documentación requerida en los casos de Comunicaciones de Tipo C - VARIACIONES:**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Documento que acredite la variación de datos	<input type="checkbox"/>

En Madrid, a.....de..... de.....

**FIRMA**

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero REGFARM, cuya finalidad es la "gestión del Registro de farmacéuticos de oficinas de farmacia". No está prevista cesión de datos, salvo las previstas en la Ley. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

<b>DESTINATARIO</b>	Consejería de Sanidad Dirección General de Ordenación e Inspección
---------------------	---

## REGISTRO DE FARMACÉUTICO SUSTITUTO

### 1.- Tipo:

<input type="radio"/>	Solicitud de Registro de designación (Tipo A - ALTAS)	<input type="radio"/>	Comunicación de baja (Tipo B - BAJAS)	<input type="radio"/>	Comunicación de variación de datos registrales (Tipo C - VARIACIONES)
-----------------------	---	-----------------------	---------------------------------------	-----------------------	---

### 2.- Datos del Solicitante/ Comunicante (\*):

DNI/ NIF				Apellidos			
Nombre				Correo electrónico			
Fax			Teléfono Fijo			Teléfono Móvil	

(\*) El/ Los solicitante/s podrá/n ser el farmacéutico Regente (Con el VºBº del/ los Director/es Técnico/s Propietario/s, o Herederos en su caso) o el/ los Director/es Técnico/s Propietario/s.

### 3.- Medio de notificación:

<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)									
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado									
	Tipo de vía				Nombre vía			Nº		
	Piso		Puerta		CP		Localidad		Provincia	

### 4.- Datos de el/la representante:

DNI/ NIF				Apellidos			
Nombre				Correo electrónico			
Fax			Teléfono Fijo			Teléfono Móvil	
Título de representación							

### 5.- Datos de la Oficina de Farmacia:

Tipo de vía				Nombre vía			Nº	
Local		CP		Localidad				
Número Oficina de Farmacia			Fax			Teléfono Fijo		

### 6.- Datos del Farmacéutico:

DNI/ NIF				Apellidos			
Nombre				Número de Colegiado			

**7.- Documentación requerida en los casos de Solicitudes de Tipo A - ALTAS:**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Documento acreditativo de la colegiación en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid	<input type="checkbox"/>
Vida laboral, Contrato o Alta de autónomo como Colaborador Familiar	<input type="checkbox"/>
Fotocopia del título de Licenciado en Farmacia (Anverso y reverso) o documento que acredite haber satisfecho el pago de la tasa para la expedición del mismo.	<input type="checkbox"/>
Anexo I - Aceptación del nombramiento de Farmacéutico Regente, Adjunto o Sustituto	<input type="checkbox"/>
Documento que acredite el motivo de la sustitución	<input type="checkbox"/>

**8.- Documentación requerida en los casos de Comunicaciones de Tipo B - BAJAS:**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Documento que acredite la fecha de baja	<input type="checkbox"/>

**9.- Documentación requerida en los casos de Comunicaciones de Tipo C - VARIACIONES:**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Documento que acredite la variación de datos	<input type="checkbox"/>

En Madrid, a.....de..... de.....

<b>FIRMA</b>

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero REGFARM, cuya finalidad es la "gestión del Registro de farmacéuticos de oficinas de farmacia". No está prevista cesión de datos, salvo las previstas en la Ley. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

<b>DESTINATARIO</b>	Consejería de Sanidad Dirección General de Ordenación e Inspección
---------------------	---



## REGISTRO DE FARMACÉUTICO ADJUNTO

### 1.- Tipo:

<input type="radio"/>	Solicitud de Registro de designación (Tipo A - ALTAS)	<input type="radio"/>	Comunicación de baja (Tipo B - BAJAS)	<input type="radio"/>	Comunicación de variación de datos registrales (Tipo C - VARIACIONES)
-----------------------	---	-----------------------	---------------------------------------	-----------------------	---

### 2.- Datos del Solicitante/ Comunicante (\*):

DNI/ NIF		Apellidos	
Nombre		Correo electrónico	
Fax		Teléfono Fijo	
		Teléfono Móvil	

(\* El/ Los solicitante/s podrá/n ser el farmacéutico Regente (Con el VºBº del/ los Director/es Técnico/s Propietario/s, o Herederos en su caso) o el/ los Director/es Técnico/s Propietario/s.

### 3.- Medio de notificación:

<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)						
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado						
	Tipo de vía		Nombre vía		Nº		
	Piso		Puerta		CP		Localidad
							Provincia

### 4.- Datos de el/la representante:

DNI/ NIF		Apellidos	
Nombre		Correo electrónico	
Fax		Teléfono Fijo	
		Teléfono Móvil	
Título de representación			

### 5.- Datos de la Oficina de Farmacia:

Tipo de vía		Nombre vía		Nº	
Local		CP		Localidad	
Número Oficina de Farmacia		Fax		Teléfono Fijo	

### 6.- Datos del Farmacéutico:

DNI/ NIF		Apellidos	
Nombre		Número de Colegiado	

**7.- Documentación requerida en los casos de Solicitudes de Tipo A - ALTAS:**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Documento acreditativo de la colegiación en el Colegio Oficial de Farmacéuticos de Madrid	<input type="checkbox"/>
Vida laboral, Contrato o Alta de autónomo como Colaborador Familiar	<input type="checkbox"/>
Fotocopia del título de Licenciado en Farmacia (Anverso y reverso) o documento que acredite haber satisfecho el pago de la tasa para la expedición del mismo.	<input type="checkbox"/>
Anexo I - Aceptación del nombramiento de Farmacéutico Regente, Adjunto o Sustituto	<input type="checkbox"/>

**8.- Documentación requerida en los casos de Comunicaciones de Tipo B - BAJAS:**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Documento que acredite la fecha de baja	<input type="checkbox"/>

**9.- Documentación requerida en los casos de Comunicaciones de Tipo C - VARIACIONES:**

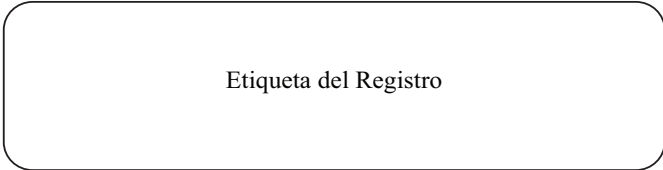
TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Documento que acredite la variación de datos	<input type="checkbox"/>

En Madrid, a.....de..... de.....

<b>FIRMA</b>

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero REGFARM, cuya finalidad es la "gestión del Registro de farmacéuticos de oficinas de farmacia". No está prevista cesión de datos, salvo las previstas en la Ley. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

<b>DESTINATARIO</b>	Consejería de Sanidad Dirección General de Ordenación e Inspección
---------------------	---



**COMUNICACIÓN DE BAJA COMO FARMACÉUTICO REGENTE, ADJUNTO O SUSTITUTO**

**1.- Datos del farmacéutico cesante:**

DNI/ NIF		Apellidos	
Nombre		Correo electrónico	
Número de Colegiado		Teléfono Fijo	
		Teléfono Móvil	

**2.- Datos de el/la representante:**

DNI/ NIF		Apellidos	
Nombre		Correo electrónico	
Fax		Teléfono Fijo	
		Teléfono Móvil	
Título de representación			

**3.- Nombramiento en el que cesa:**

<input type="radio"/>	El Farmacéutico cesa como <b>REGENTE</b>	<input type="radio"/>	El Farmacéutico cesa como <b>ADJUNTO</b>	<input type="radio"/>	El Farmacéutico cesa como <b>SUSTITUTO</b>
-----------------------	---	-----------------------	---	-----------------------	---

**4.- Datos de la Oficina de Farmacia en la que cesa:**

Tipo de vía		Nombre vía		Nº	
Local		CP		Localidad	
Número Oficina de Farmacia		Fax		Teléfono Fijo	

**5.- Medio de notificación:**

<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)				
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado				
	Tipo de vía		Nombre vía		Nº
	Piso	Puerta	CP	Localidad	Provincia

**6.- Documentación requerida:**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Documento que acredite la fecha de baja	<input type="checkbox"/>

**El/la farmacéutico/a cesante, y abajo firmante COMUNICA**

El cese en el nombramiento indicado, en la oficina de farmacia cuyos datos se recogen en el apartado 3.

En Madrid, a.....de..... de.....

<b>FIRMA</b>

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero REGFARM, cuya finalidad es la "gestión del Registro de farmacéuticos de oficinas de farmacia". No está prevista cesión de datos, salvo las previstas en la Ley. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

<b>DESTINATARIO</b>	Consejería de Sanidad Dirección General de Ordenación e Inspección
---------------------	---

## SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE SEÑALIZACIÓN ADICIONAL DE OFICINAS DE FARMACIA

### 1.- Datos de la Oficina de Farmacia:

Dirección	Tipo vía	Nombre vía			Nº
Polígono Industrial		CP	Localidad	Provincia	
Fax	Teléfono Fijo		Teléfono Móvil		

### 2.- Datos del solicitante/titular de la Oficina de Farmacia:

NIF	Apellidos			
Nombre/Razón Social				
Correo electrónico			País	
Dirección	Tipo vía	Nombre vía		Nº
Piso	Puerta	CP	Localidad	Provincia
Fax	Teléfono Fijo		Teléfono Móvil	

### 3.- Datos de el/la representante:

NIF	Apellidos			
Nombre/Razón Social		Correo electrónico		
Fax	Teléfono Fijo		Teléfono Móvil	

### 4.- Medio de notificación:

<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)			
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado			
	Tipo de vía	Nombre vía		Nº
	Piso	Puerta	CP	Localidad
			Provincia	

### 5.- Documentación requerida:

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta (*)
NIF del solicitante	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Croquis de situación de la oficina de farmacia así como de las más próximas, con indicación de la ubicación de la señalización solicitada, firmada por el farmacéutico y el técnico que lo elabore	<input type="checkbox"/>	

(\*) Autorizo a la Comunidad de Madrid a recabar los datos relativos a los documentos seleccionados, eximiéndome de la necesidad de aportarlos, de acuerdo con lo establecido en el artículo 6.2.b) de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de acceso electrónico de los ciudadanos a los Servicios Públicos.

**6.- EXPOSICIÓN DE MOTIVOS:**

**7.- DESCRIPCIÓN DETALLADA DE LAS CARACTERÍSTICAS DE LA SEÑAL ADICIONAL PREVISTA:**

En Madrid, a..... de..... de.....

<b>FIRMA</b>

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero REGFARM, cuya finalidad es la gestión de establecimientos farmacéuticos y de óptica, y no podrán ser cedidos. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

<b>DESTINATARIO</b>	Consejería de Sanidad Dirección General de Ordenación e Inspección
---------------------	---

## SOLICITUD DE CATEGORIZACIÓN Y CERTIFICACIÓN EN DETERMINADO NIVEL PARA LA ELABORACIÓN DE FÓRMULAS MAGISTRALES Y PREPARADOS OFICINALES

### 1.- Datos de la Oficina de Farmacia o del Servicio de Farmacia:

Oficina de farmacia Nº		Servicio de farmacia perteneciente al Centro Sanitario		
Correo electrónico			País	
Dirección	Tipo vía	Nombre vía		Nº
Piso	Puerta	CP	Localidad	Provincia
Fax	Teléfono Fijo		Teléfono Móvil	

### 2.- Datos de el/la Director/a Técnico/a Responsable del Servicio de Farmacia:

NIF	Apellidos	
Nombre	Correo electrónico	
Fax	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil

### 3.- Datos de el/la representante:

NIF	Apellidos	
Nombre/Razón Social	Correo electrónico	
Fax	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil

### 4.- Medio de notificación:

<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)			
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado			
	Tipo de vía	Nombre vía		Nº
	Piso	Puerta	CP	Localidad
			Provincia	

### 5.- Comunicación y solicitud:

<input type="radio"/> ELABORADORES COMUNICA	<input type="radio"/> NO ELABORADORES COMUNICA
<ul style="list-style-type: none"> <li>Que en su oficina de farmacia o servicio de farmacia <b>SE ELABORAN</b> o pretenden elaborar, para su dispensación en la propia oficina de farmacia o <b>centro sanitario</b>, fórmulas magistrales y preparados oficinales, respetando los requisitos establecidos por la normativa vigente</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Que en su oficina de farmacia o <b>unidad de farmacia</b> <b>NO SE ELABORAN</b> fórmulas magistrales o preparados oficinales, al no reunir los requisitos establecidos por la normativa vigente</li> </ul>
<b>SOLICITA</b>	<b>SOLICITA</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>La inclusión de su oficina de farmacia o <b>unidad de farmacia</b> en la categoría recogida en el art. 5.2) como "<b>ELABORADOR DE FORMAS FARMACÉUTICAS</b>"</li> <li style="text-align: center;"><b>y</b></li> <li>Se expida <b>CERTIFICACIÓN</b> en el nivel correspondiente, de que el laboratorio de su oficina de farmacia o <b>unidad de farmacia</b>, dispone de los medios necesarios para la elaboración de las siguientes formas farmacéuticas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>La inclusión de su oficina de farmacia o <b>unidad de farmacia</b> en la categoría recogida en el art. 5.1) como "<b>SIN ELABORACIÓN PROPIA</b>"</li> </ul>

A cumplimentar únicamente en el caso de ELABORACIÓN,  
(Márquese con una cruz las formas farmacéuticas que se elaboran o pretenden elaborar)

<b>NIVEL 1 (Formas Farmacéuticas NO Estériles)</b>		
<input type="checkbox"/> Papelillos	<input type="checkbox"/> Soluciones	<input type="checkbox"/> Geles
<input type="checkbox"/> Pomadas	<input type="checkbox"/> Cremas	<input type="checkbox"/> Elixires
<input type="checkbox"/> Cápsulas	<input type="checkbox"/> Supositorios y óvulos	<input type="checkbox"/> Pastas
<input type="checkbox"/> Granulados	<input type="checkbox"/> Comprimidos	<input type="checkbox"/> Píldoras
<input type="checkbox"/> Liofilizados	<input type="checkbox"/> Preparaciones en atmósfera inerte	<input type="checkbox"/> Grageas
<input type="checkbox"/> Gránulos o glóbulos homeopáticos	<input type="checkbox"/> Jarabes	<input type="checkbox"/> Suspensiones
Otras. ....		

<b>NIVEL 2 (Formas Farmacéuticas Estériles)</b>	
<input type="checkbox"/> Colirios	<input type="checkbox"/> Inyectables
Otros preparados estériles (Especificar) . .	

**6.- Documentación requerida:**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Plano de la zona destinada a la elaboración y/o control de fórmulas magistrales y preparados oficinales con memoria descriptiva del mismo e indicación de su superficie	<input type="checkbox"/>
Relación de utillaje de laboratorio, en función del nivel o niveles de elaboración y, en su caso, de las formas farmacéuticas a elaborar	<input type="checkbox"/>
Relación de los procedimientos normalizados de trabajo	<input type="checkbox"/>
Modelos de registros	<input type="checkbox"/>
Modelo de etiquetado y modelo de hoja de información al paciente	<input type="checkbox"/>
Declaración jurada o promesa de contar con procedimientos adecuados para gestionar los residuos derivados de la elaboración de fórmulas magistrales y preparados oficinales conforme a la legislación vigente	<input type="checkbox"/>
Justificante de abono de tasas (modelo 030)	<input type="checkbox"/>

En Madrid, a..... de..... de.....

<b>FIRMA</b>

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero REGFARM, cuya finalidad es la gestión de establecimientos farmacéuticos y de óptica, y no podrán ser cedidos. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

<b>DESTINATARIO</b>	Consejería de Sanidad Dirección General de Ordenación e Inspección
---------------------	---

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

**1.- Datos de la Oficina de Farmacia o del Servicio de Farmacia:**

Oficina de farmacia N°		Servicio de farmacia perteneciente al Centro Sanitario		
Correo electrónico			País	
Dirección	Tipo vía	Nombre vía		N°
Piso	Puerta	CP	Localidad	Provincia
Fax	Teléfono Fijo		Teléfono Móvil	

**2.- Datos de el/la Director/a Técnico/a/ Responsable del Servicio de Farmacia:**

NIF	Apellidos	
Nombre	Correo electrónico	
Fax	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil

**3.- Datos de el/la representante:**

NIF	Apellidos	
Nombre/Razón Social	Correo electrónico	
Fax	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil

**4.- Medio de notificación:**

<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)			
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado			
Tipo de vía		Nombre vía		N°
Piso	Puerta	CP	Localidad	Provincia

**5.- Documentación requerida:**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Relación de actividades para las que se solicita la autorización, especificando las formas farmacéuticas a elaborar y/o controlar por cuenta de terceros	<input type="checkbox"/>

**6.- DECLARA:**

Que el laboratorio de su oficina de farmacia o unidad de farmacia reúne los requisitos previstos en la legislación vigente para la elaboración de fórmulas magistrales y preparados oficinales objeto de sus actividades.

**7.- SOLICITA:**

Se expida la correspondiente Autorización para elaborar a terceros cualquiera de las fases de la elaboración o control de fórmulas magistrales y preparados oficinales de las siguientes formas farmacéuticas.



(Márquese con una cruz lo que proceda)

<b>NIVEL 1 (Formas Farmacéuticas NO Estériles)</b>		
<input type="checkbox"/> Papelillos	<input type="checkbox"/> Soluciones	<input type="checkbox"/> Geles
<input type="checkbox"/> Pomadas	<input type="checkbox"/> Cremas	<input type="checkbox"/> Elixires
<input type="checkbox"/> Cápsulas	<input type="checkbox"/> Supositorios y óvulos	<input type="checkbox"/> Pastas
<input type="checkbox"/> Granulados	<input type="checkbox"/> Comprimidos	<input type="checkbox"/> Píldoras
<input type="checkbox"/> Liofilizados	<input type="checkbox"/> Preparaciones en atmósfera inerte	<input type="checkbox"/> Grageas
<input type="checkbox"/> Gránulos o glóbulos homeopáticos	<input type="checkbox"/> Jarabes	<input type="checkbox"/> Suspensiones
Otras. ....		
<b>NIVEL 2 (Formas Farmacéuticas Estériles)</b>		
<input type="checkbox"/> Colirios	<input type="checkbox"/> Inyectables	<input type="checkbox"/> Otros preparados estériles (Especificar)

En Madrid, a..... de..... de.....

<b>FIRMA</b>

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero REGFARM, cuya finalidad es la gestión de establecimientos farmacéuticos y de óptica, y no podrán ser cedidos. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

<b>DESTINATARIO</b>	Consejería de Sanidad Dirección General de Ordenación e Inspección
---------------------	---

## COMUNICACIÓN DE MODIFICACIÓN DE NIVEL DE ELABORACIÓN DE FÓRMULAS MAGISTRALES Y PREPARADOS OFICINALES

### 1.- Datos de la Oficina de Farmacia o del Servicio de Farmacia:

Oficina de farmacia Nº		Servicio de farmacia perteneciente al Centro Sanitario	
Correo electrónico			País
Dirección	Tipo vía	Nombre vía	Nº
Piso	Puerta	CP	Localidad
Provincia			
Fax	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	

### 2.- Datos de el/la Director/a Técnico/a/ Responsable del Servicio de Farmacia:

NIF	Apellidos	
Nombre	Correo electrónico	
Fax	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil

### 3.- Datos de el/la representante:

NIF	Apellidos	
Nombre/Razón Social	Correo electrónico	
Fax	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil

### 4.- Medio de notificación:

<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)		
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado		
	Tipo de vía	Nombre vía	Nº
	Piso	Puerta	CP
	Localidad		Provincia

### 5.- Documentación requerida:

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Plano de la zona destinada a la elaboración y/o control de fórmulas magistrales y preparados oficinales con memoria descriptiva del mismo e indicación de su superficie	<input type="checkbox"/>
Relación de utillaje de laboratorio, en función del nivel o niveles de elaboración y, en su caso, de las formas farmacéuticas a elaborar	<input type="checkbox"/>
Relación de Procedimientos Normalizados de Trabajo en relación con la ampliación de formulación que se pretende realizar	<input type="checkbox"/>
Justificante del abono de tasas	<input type="checkbox"/>

### 5.- DECLARA:

Que la zona de laboratorio se encuentra certificada para la elaboración de Fórmulas Magistrales y Preparados Oficinales por Resolución del Director General competente en materia de farmacia de fecha. ....

**6.- SOLICITA**, se expida nueva certificación con arreglo al siguiente nivel y formas farmacéuticas:

(Márquese con una cruz lo que proceda)

<b>NIVEL 1 (Formas Farmacéuticas NO Estériles)</b>		
<input type="checkbox"/> Papelillos <input type="checkbox"/> Pomadas <input type="checkbox"/> Cápsulas <input type="checkbox"/> Granulados <input type="checkbox"/> Liofilizados <input type="checkbox"/> Gránulos o glóbulos homeopáticos Otras. ....	<input type="checkbox"/> Soluciones <input type="checkbox"/> Cremas <input type="checkbox"/> Supositorios y óvulos <input type="checkbox"/> Comprimidos <input type="checkbox"/> Preparaciones en atmósfera inerte <input type="checkbox"/> Jarabes	<input type="checkbox"/> Geles <input type="checkbox"/> Elixires <input type="checkbox"/> Pastas <input type="checkbox"/> Píldoras <input type="checkbox"/> Grageas <input type="checkbox"/> Suspensiones
<b>NIVEL 2 (Formas Farmacéuticas Estériles)</b>		
<input type="checkbox"/> Colirios	<input type="checkbox"/> Inyectables	<input type="checkbox"/> Otros preparados estériles (Especificar)

En Madrid, a..... de..... de.....

<b>FIRMA</b>

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero REGFARM, cuya finalidad es la gestión de establecimientos farmacéuticos y de óptica, y no podrán ser cedidos. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

<b>DESTINATARIO</b>	Consejería de Sanidad Dirección General de Ordenación e Inspección
---------------------	---

## NOTIFICACIÓN PARA EL CONTROL DE LA CARNE DE ANIMALES ABATIDOS EN MONTERÍAS Y CACERÍAS

### 1.- Datos del organizador

Nombre		Apellidos			
NIF		Correo electrónico			
Fax		Teléfono fijo		Teléfono móvil	

### 2.- Datos del/la representante

Nombre		Apellidos			
NIF		Correo electrónico			
Fax		Teléfono fijo		Teléfono móvil	

### 3.- Medio de notificación

<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)				
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado				
	Tipo de vía		Nombre vía		Nº
	Piso	Puerta	CP	Localidad	Provincia

### 4.- Datos de la actividad cinegética

<input type="radio"/> Montería					<input type="radio"/> Cacería					
Fecha de celebración		Provincia		Municipio						
Nombre de la finca										
Relación de los medios para la eliminación adecuada de decomisos										

Todo ello se comunica a efectos de lo dispuesto en el artículo 3 de la Orden 2139/1996, de 25 de septiembre de la Consejería de Sanidad y Servicios Sociales.

**5.- Destino de la carne**

<input type="radio"/> Autoconsumo										
Comercialización	Sala de tratamiento y/o establecimiento autorizado destino									
	Nº de Registro Sanitario									
	Tipo de vía				Nombre vía				Nº	
	Piso		Puerta		CP		Municipio			Provincia

**6.- Propuesta de veterinario**

Veterinario Colaborador Autorizado que se propone para la realización de la inspección sanitaria de todas las piezas cobradas.	
<b>D/D<sup>a</sup></b>	

En Madrid, a ..... de..... de.....

**FIRMA SOLICITANTE**

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero MATANCAZA, cuya finalidad es tramitar, gestionar y controlar las autorizaciones de ayuntamientos y veterinarios colaboradores en matanzas domiciliarias, caza y monterías y gestionar el control oficial de la carne, y podrán ser cedidos según las cesiones previstas en la Ley. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal

<b>DESTINATARIO</b>	Consejería de Sanidad Dirección General de Ordenación e Inspección
---------------------	---

**SOLICITUD DE SUSTITUCIÓN DE LIBROS RECETARIOS EN OFICINAS DE FARMACIA  
POR LIBROS RECETARIOS EN SOPORTE INFORMÁTICO**
**1.- Tipo de solicitud:**

<input type="radio"/>	Solicitud Inicial	<input type="radio"/>	Solicitudes sucesivas
-----------------------	-------------------	-----------------------	-----------------------

**2.- Datos de la Oficina de Farmacia:**

Oficina de farmacia Nº		Servicio de farmacia perteneciente al Centro Sanitario	
Domicilio	Tipo vía	Nombre vía	Nº
Polígono Industrial	CP	Localidad	Provincia
Fax	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	

**3.- Datos de el/la Director/a Técnico/a/ Responsable de la Oficina de Farmacia:**

NIF	Apellidos	
Nombre/Razón Social	Correo electrónico	
Fax	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil

**4.- Datos de el/la representante:**

NIF	Apellidos	
Nombre/Razón Social	Correo electrónico	
Fax	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil

**5.- Medio de notificación:**

<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)				
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado				
	Tipo de vía	Nombre vía	Nº		
	Piso	Puerta	CP	Localidad	Provincia

**6.- Documentación requerida:**

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
200 folios paginados, del papel adecuado para la impresora empleada en la oficina de farmacia	<input type="checkbox"/>
En caso de representante, autorización por escrito del Director Técnico Propietario	<input type="checkbox"/>
Declaración de los Directores Técnicos de contar con los medios adecuados para la gestión del Libro Recetario	<input type="checkbox"/>

En Madrid, a..... de..... de.....

**FIRMA**

Los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero REGFARM, cuya finalidad es la gestión de establecimientos farmacéuticos y de óptica, y no podrán ser cedidos. El responsable del fichero es el órgano que figura en este documento, ante él podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

<b>DESTINATARIO</b>	Consejería de Sanidad Dirección General de Ordenación e Inspección
---------------------	---