



FICHA SIACI A CUMPLIMENTAR POR LOS ÓRGANOS GESTORES

**INFORMACIÓN RELATIVA AL PROCEDIMIENTO**

Número (6 dígitos a cumplimentar por IGS)

**Familia** (elegir entre 21 posibilidades)

<input checked="" type="radio"/> 01 Comunicaciones previas, autorizaciones y licencias	<input type="radio"/> 08 Conciliación, mediación y arbitraje	<input type="radio"/> 15 Convenios
<input type="radio"/> 02 Registro	<input type="radio"/> 09 Quejas y sugerencias, consultas y reclamaciones	<input type="radio"/> 16 Tesorería y deuda
<input type="radio"/> 03 Ayudas, subvenciones, becas, premios y cursos	<input type="radio"/> 10 Elaboración de disposiciones	<input type="radio"/> 17 Tributarios y de otros ingresos de derecho público
<input type="radio"/> 04 Evaluación, informes, declaración, acreditaciones y certificaciones	<input type="radio"/> 11 Selección y contratación de personal	<input type="radio"/> 18 Recursos Humanos
<input type="radio"/> 05 Expropiación y revisión	<input type="radio"/> 12 Prestaciones Sociales y sanitarias	<input type="radio"/> 19 Operaciones con bienes
<input type="radio"/> 06 Contratación Pública	<input type="radio"/> 13 Responsabilidad patrimonial	<input type="radio"/> 20 Protección de menores
<input type="radio"/> 07 Sancionador	<input type="radio"/> 14 Recursos, revisión de oficio y reclamaciones previas	<input type="radio"/> 21 Publicaciones

**Nombre** procedimiento: Autorización de funcionamiento de oficinas de farmacia.

**Consejería o Ente** vinculado o dependiente: Sanidad

**Normativa:** Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha, modificada por la Ley 2/2015, de 19 de febrero.  
Decreto XXXXX, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines.

**Plazo máximo de resolución:** Tres meses

**Sentido del silencio:** Estimatorio.



**INFORMACIÓN RELATIVA A LOS TRÁMITES**

**CÓDIGO** solicitar a [atencion@jccm.es](mailto:atencion@jccm.es) (4 caracteres)

SJUK

Se ruega antes de crear un nuevo código, revisar si el procedimiento que se quiere dar de alta ya existe, para evitar duplicidades.

Esta ficha también debe cumplimentarse en caso de modificación de un trámite ya existente. En caso de propuesta de baja bastará poner el código e indicar dicha intención en el correo de remisión.

En caso de duda se ruega plantearla a [atencion@jccm.es](mailto:atencion@jccm.es), que es la dirección de correo de Atención e Información Ciudadana (Inspección General de Servicios).

**TÍTULO DEL TRÁMITE** No hace falta anteponer expresiones tales como solicitud. Evitar en lo posible referencia a años concretos (195 caracteres)

Autorización de funcionamiento de oficina de farmacia.

**PLAZO DE PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES** En las sujetas a plazo poner una fecha de inicio y fecha de fin. (255 caracteres)

Abierto todo el año.

El plazo de presentación de la solicitud de autorización de funcionamiento dependerá del procedimiento previo. Véase en información adicional.

**OBJETO** Definir siempre de forma somera y precisa la actuación de la Administración. (500 caracteres)

Autorizar el funcionamiento de oficina de farmacia tras la instalación, modificación, traslado o cierre temporal.

**DESTINATARIOS** En el supuesto de no coincidir Solicitante/s y Beneficiario/s, por ejemplo en materia de ayudas y subvenciones, figurará en primer lugar la información de Solicitante/s y de forma separada la de Beneficiario/s. (1000 caracteres)

Farmacéuticos titulares de oficina de farmacia.



**REQUISITOS EXIGIDOS** ( Poner sólo los más relevantes). (1000 caracteres)

**IMPORTES** (1000 caracteres)

Tasa: 500,96 euros.

**CRITERIOS** (DE RESOLUCIÓN 500 caracteres)



**DOCUMENTACIÓN A APORTAR** Se refiere a la que debe acompañar a la solicitud inicial. Incluir, en su caso, la información relativa a los supuestos en los que puede no aportarse inicialmente (2000 caracteres)

- Poder de representación, en su caso.
- Certificado final de obra, en caso de que sea necesario proyecto de obra.
- Certificado de colegiación, en su caso, para nuevas aperturas por concurso. (art 40.2)

**TASAS:**  NO  SI (Importe)

**LUGAR DE PRESENTACIÓN** Incluir lugares y formas de presentación: telemática, teléfono 012, fax..... (500 caracteres, desde 21-09-2011)

La solicitud se deberá presentar telemáticamente con firma electrónica ante el Registro de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha según el formulario publicado en la sede electrónica de la Junta ([www.jccm.es](http://www.jccm.es)).

**INFORMACIÓN ADICIONAL** Si se ofrece algún contacto para aclarar dudas, correo electrónico, teléfono o dirección postal, debe incluirse aquí (1000 caracteres)

El plazo de presentación de la solicitud de autorización de funcionamiento será para:

- Nueva apertura, 6 meses desde la aceptación de designación de local.
- Modificación con cierre temporal por obras, antes de que se finalice el plazo concedido para el cierre temporal.
- Traslados, 6 meses desde autorización de traslado al nuevo local.
- Retorno a la ubicación de origen tras traslado forzoso provisional, antes del fin del plazo establecido en la autorización.
- Cierre temporal forzoso por obras o por por desalojo del edificio, antes de que transcurra el plazo máximo para el que se autorizó el cierre temporal forzoso.

Para solicitar visita de inspección posterior se presentará el formulario SK7E

DIRECCIONES PROVINCIALES DE SANIDAD:

ALBACETE. Avda. Guardia Civil, 5 – Tlf: 967 55 79 00

CIUDAD REAL. C/ Paloma, 7 – Tlf: 926 27 60 00

CUENCA. C/ de las Torres, 43 – Tlf: 969 17 65 00

GUADALAJARA. C/ Doctor Fernández Iparraguirre, 1 – Tlf: 949 88 55 00

TOLEDO. C/ Guadalmena, 2 – Tlf: 925 26 64 00



**MARCO LEGAL** (2000 caracteres)

Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha, modificada por la Ley 2/2015, de 19 de febrero.  
Decreto XXXXXX, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines.

**RECURSOS** Se refiere a los recursos contra la resolución concreta, no contra la disposición reguladora (1000 caracteres)

Recurso de alzada en el plazo de un mes ante la persona titular de la Consejería de Sanidad.

**CÓDIGO DE APLICACIÓN (Código K2)** Código que identifica la aplicación por la que se realiza la tramitación

2354

**UNIDAD ORGÁNICA COMPETENTE** Consejería, y además, el centro directivo que tenga asignada esta materia según el respectivo Decreto de estructura orgánica y competencias o similar, como Viceconsejería, Dirección General. Sólo puede ponerse un centro (255 caracteres)

Consejería de Sanidad. Dirección Provincial.

**EN SU CASO, DIRECCIÓN WEB DONDE SE VA A UBICAR EL FORMULARIO PARA LA TRAMITACIÓN ELECTRÓNICA** (255 caracteres)

<http://www.jccm.es>

**UNIDAD/ES ORGÁNICAS DÓNDE SE DESEA RECIBIR LA DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTE EN LOS REGISTROS PÚBLICOS** (255 caracteres)

Direcciones Provinciales de la Consejería de Sanidad.



Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad  
Dirección General de Planificación,  
Avda. de Francia, 4  
45071 – Toledo

Nº Procedimiento

010043

Código SIACI

SJUK

## SOLICITUD AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO DE OFICINA DE FARMACIA

### DATOS DEL FARMACÉUTICO SOLICITANTE

NIF  NIE  Número de documento:

Nombre:  1º Apellido:  2º Apellido:

Domicilio:

Población:  C.P.:  Provincia:

Teléfono:  Teléfono móvil:  Correo electrónico:

**El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el aviso de notificación.**

### DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE

**Obligatoriamente en caso de cotitularidad se debe designar una persona representante, pudiendo ser uno de los cotitulares.**

Nombre:  1º Apellido:  2º Apellido:

Domicilio:

Población:  C.P.:  Provincia:

Teléfono:  Teléfono móvil:  Correo electrónico:

**Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.**

### MEDIO POR EL QUE RECIBIRÁ LA NOTIFICACIÓN

Notificación electrónica (Al estar obligado a la notificación electrónica debe usted registrarse en la Plataforma <https://notifica.jccm.es/notifica> y comprobar que sus datos son correctos.)



## Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad  
Dirección General de Planificación,  
Avda. de Francia, 4  
45071 – Toledo

### INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS

<b>Responsable</b>	<i>Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria</i>
<b>Finalidad</b>	<i>Gestionar el registro de centros, servicios y establecimientos sanitarios</i>
<b>Legitimación</b>	<i>Ejercicio de poderes públicos (Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad y Ley 8/2000, de 30 de noviembre, de Ordenación Sanitaria de Castilla-La Mancha)</i>
<b>Destinatarios</b>	<i>Existe cesión de datos</i>
<b>Derechos</b>	Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional
<b>Información adicional</b>	Puede solicitarla en la dirección de correo: protecciondatos@jccm.es

### DATOS DE SOLICITUD

ASUNTO: Funcionamiento de oficina de farmacia.

SOLICITA: La autorización administrativa de funcionamiento de oficina de farmacia por:

- Nueva apertura por concurso.
- Modificación con cierre temporal por obras.
- Traslado a local definitivo o provisional.\*
- Retorno a la ubicación de origen en el caso de traslado forzoso provisional.\*
- Retorno a la ubicación de origen por cierre temporal forzoso por obras o desalojo del edificio.

\* Indicar fecha propuesta para realizar visita de inspección  (Dicha visita deberá solicitarse con al Menos 15 días de antelación)

### DATOS DE LA OFICINA DE FARMACIA

Denominación:  N° oficina de farmacia:

Domicilio:

Población:  C.P.:  Provincia:

Teléfono:  Teléfono móvil:  Correo electrónico:



## Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad  
Dirección General de Planificación,  
Avda. de Francia, 4  
45071 – Toledo

### ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS

#### Declaraciones responsables:

La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada o entidad que se indica, declara expresamente:

- Que cumple los requisitos exigidos que figuran en el Decreto **XXXXXXX**, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines y se compromete a seguir cumpliéndolos mientras se mantenga la actividad.

**Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud**, comprometiéndose a probar documentalmente los mismos cuando se le requiera para ello.

**Que no incurre en incompatibilidad** (para la autorización de funcionamiento de oficinas de farmacia de nueva apertura)

Igualmente la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.

#### Autorizaciones:

**Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, esta Consejería va a proceder a verificar todos estos datos, salvo que usted no autorice expresamente dicha comprobación.**

**NO:** Los acreditativos de identidad.

**NO:** Los siguientes datos o documentos emitidos por la Administración Regional

Haga clic aquí para escribir texto.

Haga clic aquí para escribir texto.

**Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, esta Consejería va a proceder a verificar los datos o documentos que se encuentren en poder de la Administración, y que usted señale a continuación:**

Documento:  presentado con fecha:  ante la unidad:  de la Administración:

Documento:  presentado con fecha:  ante la unidad:  de la Administración:

En el supuesto de que no autorice a esta Consejería a consultar alguno de los anteriores documentos, señale expresamente:

Haga clic aquí para escribir texto.

Haga clic aquí para escribir texto.

**En el caso de no autorizar la comprobación de los datos anteriores, se compromete a aportar la documentación pertinente.**

**Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos:**

Poder de representación, en su caso.

Certificado final de obra, en caso de que sea necesario proyecto de obra.

Certificado de colegiación, en su caso, para nuevas aperturas por concurso.



## Castilla-La Mancha

**Consejería de Sanidad**  
Dirección General de Planificación,  
Avda. de Francia, 4  
45071 – Toledo

### PAGO DE TASAS

Este procedimiento conlleva una tasa de **500,96 euros**.

Podrá acreditar el pago realizado:

Electrónicamente, mediante la referencia.

Haga clic aquí para escribir texto.

Firma

En Haga clic aquí. , a Haga clic aquí. de Haga clic aquí. de 20 Haga clic aquí.

#### **Direcciones Provinciales de la Consejería de Sanidad:**

- ALBACETE. Código. DIR 3: A08014322
- CIUDAD REAL. Código. DIR 3: A08014323
- CUENCA. Código. DIR 3: A08014324
- GUADALAJARA. Código. DIR 3: A08014325
- TOLEDO. Código. DIR 3: A08014326



Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 - Toledo

Código SIACI

SK7E

**SOLICITUD DE VISITA DE INSPECCIÓN EN EL PROCEDIMIENTO 010043, TRAMITE SJUK, DE AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO DE OFICINA DE FARMACIA**

**DATOS DEL FARMACÉUTICO SOLICITANTE**

NIF  NIE  Número de documento:

Nombre:  1º Apellido:  2º Apellido:

Domicilio:

Población:  C.P.:  Provincia:

Teléfono:  Teléfono móvil:  Correo electrónico:

**El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el aviso de notificación.**

**DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE**

**Obligatoriamente en caso de cotitularidad se debe designar una persona representante, pudiendo ser uno de los cotitulares.**

Nombre:  1º Apellido:  2º Apellido:

Domicilio:

Población:  C.P.:  Provincia:

Teléfono:  Teléfono móvil:  Correo electrónico:

**Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.**

**INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS**

<b>Responsable</b>	<i>Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria de la Consejería de Sanidad</i>
<b>Finalidad</b>	<i>Gestionar el Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios</i>
<b>Legitimación</b>	<i>Ejercicio de poderes públicos y desarrollo de funciones públicas (Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha)</i>
<b>Destinatarios</b>	<i>Existe cesión de datos</i>
<b>Derechos</b>	<i>Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional</i>
<b>Información adicional</b>	<i>Puede solicitarla en la dirección de correo: protecciondatos@jccm.es</i>



## Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 - Toledo

### DATOS DE SOLICITUD

ASUNTO: Autorización de funcionamiento de oficina de farmacia.

SOLICITA: Visita de inspección para obtener autorización de funcionamiento.

### DATOS DE LA OFICINA DE FARMACIA

Denominación:  N° oficina de farmacia:

Domicilio:

Población:  C.P.:  Provincia:

Teléfono:  Teléfono móvil:  Correo electrónico:

### ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS

#### Declaraciones responsables:

La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada o entidad que se indica, declara expresamente que:

- Cumple los requisitos exigidos que figuran en el Decreto 102/2006, de 12 de septiembre, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines y se compromete a seguir cumpliéndolos mientras se mantenga la actividad.

**Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud**, comprometiéndose a probar documentalmente los mismos cuando se le requiera para ello.

Igualmente la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.

#### Autorizaciones:

Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, esta Consejería va a proceder a verificar todos estos datos, salvo que usted no autorice expresamente dicha comprobación.

**NO:** Los acreditativos de identidad.

**NO:** Los siguientes datos o documentos emitidos por la Administración Regional:



## Castilla-La Mancha

**Consejería de Sanidad**  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 - Toledo

**Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, esta Consejería va a proceder a verificar los datos o documentos que se encuentren en poder de la Administración, y que usted señale a continuación:**

Documento:  presentado con fecha:  ante la unidad:  de la Administración:

Documento:  presentado con fecha:  ante la unidad:  de la Administración:

En el supuesto de que no autorice a esta Consejería a consultar alguno de los anteriores documentos, señale expresamente:

**En el caso de no autorizar la comprobación de los datos anteriores, se compromete a aportar la documentación pertinente.**

**Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos:**

- Poder de representación, en su caso.

### PAGO DE TASAS

Este procedimiento no conlleva tasa.

Firma

En  , a  de  de 20 .

#### **Direcciones Provinciales de la Consejería de Sanidad:**

- ALBACETE. Código DIR 3: A08014322  
 CIUDAD REAL. Código DIR 3: A08014323  
 CUENCA. Código DIR 3: A08014324  
 GUADALAJARA. Código DIR 3: A08014325  
 TOLEDO. Código DIR 3: A08014326



FICHA SIACI A CUMPLIMENTAR POR LOS ÓRGANOS GESTORES

**INFORMACIÓN RELATIVA AL PROCEDIMIENTO**

<b>Número</b> (6 dígitos a cumplimentar por IGS)	010598	
<b>Familia</b> (elegir entre 21 posibilidades)		
<input checked="" type="radio"/> 01 Comunicaciones previas, autorizaciones y licencias	<input type="radio"/> 08 Conciliación, mediación y arbitraje	<input type="radio"/> 15 Convenios
<input type="radio"/> 02 Registro	<input type="radio"/> 09 Quejas y sugerencias, consultas y reclamaciones	<input type="radio"/> 16 Tesorería y deuda
<input type="radio"/> 03 Ayudas, subvenciones, becas, premios y cursos	<input type="radio"/> 10 Elaboración de disposiciones	<input type="radio"/> 17 Tributarios y de otros ingresos de derecho público
<input type="radio"/> 04 Evaluación, informes, declaración, acreditaciones y certificaciones	<input type="radio"/> 11 Selección y contratación de personal	<input type="radio"/> 18 Recursos Humanos
<input type="radio"/> 05 Expropiación y revisión	<input type="radio"/> 12 Prestaciones Sociales y sanitarias	<input type="radio"/> 19 Operaciones con bienes
<input type="radio"/> 06 Contratación Pública	<input type="radio"/> 13 Responsabilidad patrimonial	<input type="radio"/> 20 Protección de menores
<input type="radio"/> 07 Sancionador	<input type="radio"/> 14 Recursos, revisión de oficio y reclamaciones previas	<input type="radio"/> 21 Publicaciones
<b>Nombre</b> procedimiento: Designación de local de una nueva oficina de farmacia.		
<b>Consejería o Ente</b> vinculado o dependiente: Sanidad		
<b>Normativa:</b> Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha, modificada por la Ley 2/2015, de 19 de febrero. Decreto XXXXXXXX, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines.		
<b>Plazo máximo de resolución:</b> Tres meses		
<b>Sentido del silencio:</b> Estimatorio		



**INFORMACIÓN RELATIVA A LOS TRÁMITES**

**CÓDIGO** solicitar a [atencion@jccm.es](mailto:atencion@jccm.es) (4 caracteres)

ML4L

Se ruega antes de crear un nuevo código, revisar si el procedimiento que se quiere dar de alta ya existe, para evitar duplicidades.

Esta ficha también debe cumplimentarse en caso de modificación de un trámite ya existente. En caso de propuesta de baja bastará poner el código e indicar dicha intención en el correo de remisión.

En caso de duda se ruega plantearla a [atencion@jccm.es](mailto:atencion@jccm.es), que es la dirección de correo de Atención e Información Ciudadana (Inspección General de Servicios).

**TÍTULO DEL TRÁMITE** No hace falta anteponer expresiones tales como solicitud. Evitar en lo posible referencia a años concretos (195 caracteres)

Designación de local de una nueva oficina de farmacia.

**PLAZO DE PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES** En las sujetas a plazo poner una fecha de inicio y fecha de fin. (255 caracteres)

Publicada la resolución de instalación de nuevas farmacias en el DOCM:  
-3 meses: en núcleos donde solo se autorice una farmacia. Si incumple distancia: Un mes más.  
-6 meses: en núcleos o áreas geográficas, donde se haya autorizado más de una farmacia.

**OBJETO** Definir siempre de forma somera y precisa la actuación de la Administración. (500 caracteres)

Comprobar la idoneidad del local o locales designados para la ubicación de la nueva oficina de farmacia que ha sido adjudicada por concurso público a un farmacéutico, previamente a la solicitud de la autorización de funcionamiento,

**DESTINATARIOS** En el supuesto de no coincidir Solicitante/s y Beneficiario/s, por ejemplo en materia de ayudas y subvenciones, figurará en primer lugar la información de Solicitante/s y de forma separada la de Beneficiario/s. (1000 caracteres)

Farmacéuticos titulares de oficina de farmacia.



**REQUISITOS EXIGIDOS** ( Poner sólo los más relevantes). (1000 caracteres)

Cumplir los requisitos que figuran en el Decreto XXXXX, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines y se compromete a seguir cumpliéndolos mientras se mantenga la actividad.

**IMPORTE** (1000 caracteres)

No conlleva tasas.

**CRITERIOS** (DE RESOLUCIÓN 500 caracteres)



**DOCUMENTACIÓN A APORTAR** Se refiere a la que debe acompañar a la solicitud inicial. Incluir, en su caso, la información relativa a los supuestos en los que puede no aportarse inicialmente (2000 caracteres)

- Poder de representación, en su caso.
- Plano de situación, en el que se señale con exactitud el emplazamiento del local.
- Informe en el que se indique la distancia existente del local designado respecto a las oficinas de farmacia más próximas y a los centros sanitarios más cercanos, en funcionamiento o en fase de proyecto, de financiación pública o concertados en los que se prescriban medicamentos o productos sanitarios (Así mismo, en el informe se indicarán las distancias a los locales que hayan sido designados por otros concursantes prioritarios más próximos de acuerdo con los criterios de planificación establecidos en el artículo 36 de la Ley 5/2005, de 27 de junio)

**TASAS:**  NO  SI (Importe)

**LUGAR DE PRESENTACIÓN** Incluir lugares y formas de presentación: telemática, teléfono 012, fax..... (500 caracteres, desde 21-09-2011)

La solicitud se deberá presentar telemáticamente con firma electrónica ante el Registro de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha según el formulario publicado en la sede electrónica de la Junta ([www.jccm.es](http://www.jccm.es)).

**INFORMACIÓN ADICIONAL** Si se ofrece algún contacto para aclarar dudas, correo electrónico, teléfono o dirección postal, debe incluirse aquí (1000 caracteres)

Una vez declara la compatibilidad del local por la Dirección Provincial y notificada al farmacéutico adjudicatario, éste deberá presentar en el plazo máximo de 2 meses los documentos a los que hace referencia el artículo 39.8, mediante el formulario SK7E de aportación de documentos en el procedimiento ML4L

**DIRECCIONES PROVINCIALES DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD:**

- ALBACETE. Avda. Guardia Civil, Nº 5. CP-02071.	Teléfono: 967 55 79 00 – Fax: 967 55 79 50
- CIUDAD REAL. C/ Paloma, Nº 7. CP-13071.	Teléfono: 926 27 60 00 – Fax: 926 27 60 72
- CUENCA. C/ de las Torres, Nº 43. CP-16071.	Teléfono: 969 17 65 00 – Fax: 969 17 65 06
- GUADALAJARA. C/ Doctor Fernández Iparraguirre, Nº 1. CP-19071.	Teléfono: 949 88 55 00 – Fax: 949 21 68 65
- TOLEDO. C/ Guadalmena, Nº 2. CP-45071.	Teléfono: 925 26 64 00 – Fax: 925 26 72 91



**MARCO LEGAL** (2000 caracteres)

Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha, modificada por la Ley 2/2015, de 19 de febrero.  
Decreto xxxxx, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines.

**RECURSOS** Se refiere a los recursos contra la resolución concreta, no contra la disposición reguladora (1000 caracteres)

Recurso de alzada en el plazo de un mes ante la persona titular de la Consejería de Sanidad

**CÓDIGO DE APLICACIÓN (Código K2)** Código que identifica la aplicación por la que se realiza la tramitación

2354

**UNIDAD ORGÁNICA COMPETENTE** Consejería, y además, el centro directivo que tenga asignada esta materia según el respectivo Decreto de estructura orgánica y competencias o similar, como Viceconsejería, Dirección General. Sólo puede ponerse un centro (255 caracteres)

Consejería de Sanidad: Dirección Provincial de Sanidad.

**EN SU CASO, DIRECCIÓN WEB DONDE SE VA A UBICAR EL FORMULARIO PARA LA TRAMITACIÓN ELECTRÓNICA** (255 caracteres)

<http://www.jccm.es>

**UNIDAD/ES ORGÁNICAS DÓNDE SE DESEA RECIBIR LA DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTE EN LOS REGISTROS PÚBLICOS** (255 caracteres)

Direcciones Provinciales de la Consejería de Sanidad.



Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 – Toledo

Nº Procedimiento

010598

Código SIACI

ML4L

## COMUNICACIÓN DE DESIGNACIÓN DE LOCAL DE NUEVA OFICINA DE FARMACIA

### DATOS DEL TITULAR DE LA OFICINA DE FARMACIA

NIF  NIE  Número de documento:

Nombre:  1º Apellido:  2º Apellido:

Domicilio:

Población:  C.P.:  Provincia:

Teléfono:  Teléfono móvil:  Correo electrónico:

El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el aviso de notificación.

### DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE

Obligatoriamente en caso de cotitularidad se debe designar una persona representante, pudiendo ser uno de los cotitulares.

NIF  NIE  Número de documento:

Nombre:  1º Apellido:  2º Apellido:

Domicilio:

Población:  C.P.:  Provincia:

Teléfono:  Teléfono móvil:  Correo electrónico:

Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.

### MEDIO POR EL QUE RECIBIRÁ LA NOTIFICACIÓN

Notificación electrónica (Al estar obligado a la notificación electrónica debe usted registrarse en la Plataforma <https://notifica.jccm.es/notifica> y comprobar que sus datos son correctos.)

### INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable	Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria de la Consejería de Sanidad
Finalidad	Gestionar el Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios
Legitimación	Ejercicio de poderes públicos y desarrollo de funciones públicas (Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha)



Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad

Dirección General de Planificación,

Ordenación e Inspección Sanitaria.

Avda. de Francia, 4

45071 – Toledo

<b>Destinatarios</b>	<i>Existe cesión de datos</i>
<b>Derechos</b>	<i>Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional</i>
<b>Información adicional</b>	<i>Puede solicitarla en la dirección de correo: protecciondatos@jccm.es</i>

### DATOS DE LA COMUNICACIÓN

**ASUNTO:** Designación de local de una nueva la oficina de farmacia.

COMUNICA:

Que designa los siguientes locales para la ubicación de la nueva oficina de farmacia que le ha sido adjudicada por concurso público, en el núcleo de población de

Área geográfica, en su caso

	DIRECCIÓN COMPLETA
LOCAL 1	
LOCAL 2	

### ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS

**Declaración:**

La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada o entidad que se indica, declara expresamente que:

- Cumple los requisitos exigidos que figuran en el Decreto XXXX, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines y se compromete a seguir cumpliéndolos mientras se mantenga la actividad.

**Que son ciertos los datos consignados en la presente comunicación,** comprometiéndose a probar documentalmente los mismos cuando se le requiera para ello.

Igualmente la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.



**Autorizaciones:**

Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, esta Consejería va a proceder a verificar todos estos datos, salvo que usted no autorice expresamente dicha comprobación.

- NO:** Los acreditativos de identidad.
- NO:** Los siguientes datos o documentos emitidos por la Administración Regional:

Haga clic aquí para escribir texto.
Haga clic aquí para escribir texto.

Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, esta Consejería va a proceder a verificar los datos o documentos que se encuentren en poder de la Administración, y que usted señale a continuación:

Documento:	<input type="text" value="Haga clic."/>	presentado con fecha:	<input type="text" value="Haga clic."/>	ante la unidad:	<input type="text" value="Haga clic."/>	de la Administración:	<input type="text" value="Haga clic."/>
Documento:	<input type="text" value="Haga clic."/>	presentado con fecha:	<input type="text" value="Haga clic."/>	ante la unidad:	<input type="text" value="Haga clic."/>	de la Administración:	<input type="text" value="Haga clic."/>

En el supuesto de que expresamente no autorice a esta Consejería a consultar alguno de los anteriores documentos, señale expresamente:

Haga clic aquí para escribir texto.
Haga clic aquí para escribir texto.

En el caso de no autorizar la comprobación de los datos anteriores, se compromete a aportar la documentación pertinente.

Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos:

- Poder de representación, en su caso.
- Plano de situación, en el que se señale con exactitud el emplazamiento del local.
- Informe en el que se indique la distancia existente del local designado respecto a las oficinas de farmacia más próximas y a los centros sanitarios más cercanos, en funcionamiento o en fase de proyecto, de financiación pública o concertados en los que se prescriban medicamentos o productos sanitarios (Se indicarán también las distancias a los locales que hayan sido designados por otros concursantes prioritarios más próximos de acuerdo con los criterios de planificación establecidos en el artículo 36 de la Ley 5/2005, de 27 de junio)



**Castilla-La Mancha**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 – Toledo

**PAGO DE TASAS**

Este procedimiento no conlleva tasa.

Firma

En Haga clic aquí. , a Haga clic aquí. de Haga clic aquí. de 20 Haga clic aquí.

**Direcciones Provinciales de la Consejería de Sanidad:**

- ALBACETE. Código. DIR 3: A08014322
- CIUDAD REAL. Código. DIR 3: A08014323
- CUENCA. Código. DIR 3: A08014324
- GUADALAJARA. Código. DIR 3: A08014325
- TOLEDO. Código. DIR 3: A08014326



FICHA SIACI A CUMPLIMENTAR POR LOS ÓRGANOS GESTORES

**INFORMACIÓN RELATIVA AL PROCEDIMIENTO**

<b>Número</b> (6 dígitos a cumplimentar por IGS)	010044	
<b>Familia</b> (elegir entre 21 posibilidades)		
<input checked="" type="radio"/> 01 Comunicaciones previas, autorizaciones y licencias	<input type="radio"/> 08 Conciliación, mediación y arbitraje	<input type="radio"/> 15 Convenios
<input type="radio"/> 02 Registro	<input type="radio"/> 09 Quejas y sugerencias, consultas y reclamaciones	<input type="radio"/> 16 Tesorería y deuda
<input type="radio"/> 03 Ayudas, subvenciones, becas, premios y cursos	<input type="radio"/> 10 Elaboración de disposiciones	<input type="radio"/> 17 Tributarios y de otros ingresos de derecho público
<input type="radio"/> 04 Evaluación, informes, declaración, acreditaciones y certificaciones	<input type="radio"/> 11 Selección y contratación de personal	<input type="radio"/> 18 Recursos Humanos
<input type="radio"/> 05 Expropiación y revisión	<input type="radio"/> 12 Prestaciones Sociales y sanitarias	<input type="radio"/> 19 Operaciones con bienes
<input type="radio"/> 06 Contratación Pública	<input type="radio"/> 13 Responsabilidad patrimonial	<input type="radio"/> 20 Protección de menores
<input type="radio"/> 07 Sancionador	<input type="radio"/> 14 Recursos, revisión de oficio y reclamaciones previas	<input type="radio"/> 21 Publicaciones
<b>Nombre</b> procedimiento: Autorización de modificación de oficina de farmacia.		
<b>Consejería o Ente</b> vinculado o dependiente: Sanidad		
<b>Normativa:</b> Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha, modificada por la Ley 2/2015, de 19 de febrero. Decreto XXXXXX de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines.		
<b>Plazo máximo de resolución:</b> 1 mes		
<b>Sentido del silencio:</b> Estimatorio		



**INFORMACIÓN RELATIVA A LOS TRÁMITES**

**CÓDIGO** solicitar a [atencion@jccm.es](mailto:atencion@jccm.es) (4 caracteres)

SJUL

Se ruega antes de crear un nuevo código, revisar si el procedimiento que se quiere dar de alta ya existe, para evitar duplicidades.

Esta ficha también debe cumplimentarse en caso de modificación de un trámite ya existente. En caso de propuesta de baja bastará poner el código e indicar dicha intención en el correo de remisión.

En caso de duda se ruega plantearla a [atencion@jccm.es](mailto:atencion@jccm.es), que es la dirección de correo de Atención e Información Ciudadana (Inspección General de Servicios).

**TÍTULO DEL TRÁMITE** No hace falta anteponer expresiones tales como solicitud. Evitar en lo posible referencia a años concretos (195 caracteres)

Autorización de modificación de oficina de farmacia.

**PLAZO DE PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES** En las sujetas a plazo poner una fecha de inicio y fecha de fin. (255 caracteres)

Plazo abierto todo el año.

**OBJETO** Definir siempre de forma somera y precisa la actuación de la Administración. (500 caracteres)

Autorizar las modificaciones de la oficina de farmacia.

**DESTINATARIOS** En el supuesto de no coincidir Solicitante/s y Beneficiario/s, por ejemplo en materia de ayudas y subvenciones, figurará en primer lugar la información de Solicitante/s y de forma separada la de Beneficiario/s. (1000 caracteres)

Farmacéuticos titulares de oficina de farmacia.



**REQUISITOS EXIGIDOS** ( Poner sólo los más relevantes). (1000 caracteres)

**IMPORTES** (1000 caracteres)

Tasa: 282,23 euros.

**CRITERIOS** (DE RESOLUCIÓN 500 caracteres)



**DOCUMENTACIÓN A APORTAR** Se refiere a la que debe acompañar a la solicitud inicial. Incluir, en su caso, la información relativa a los supuestos en los que puede no aportarse inicialmente (2000 caracteres)

1. Documentación común para todos los tipos de autorizaciones de modificación:
  - Documentación acreditativa de la representación de acuerdo con el artículo 5.4 de la Ley 39/2015, en su caso.
  - Justificación documental de título de propiedad o de la disponibilidad jurídica del local, en caso de ampliación del mismo.
2. Si la modificación conlleva cambios físicos en la estructura del local:
  - Proyecto de obra redactado por técnico competente y visado, en su caso, por su correspondiente colegio profesional relativo al local que deberá contener:
    - Memoria del proyecto que especifique el cumplimiento de la normativa de accesibilidad.
    - Certificaciones del cumplimiento de la normativa en materia de urbanismo, construcciones, instalaciones y seguridad.
    - Plano de conjunto y detalle especificando las diferentes zonas de que consta la oficina de farmacia.
    - Planos de instalaciones.
3. Si no hay modificaciones en la estructura del local:
  - Memoria del proyecto que debe contener:
    - Plano de conjunto y detalle especificando las diferentes zonas de que consta la oficina de farmacia y planos de instalaciones.
4. Si la modificación del local afecta a los accesos al público:
  - Plano realizado por técnico competente y visado, en su caso, por colegio profesional correspondiente en el que se señale el emplazamiento del local respecto a las oficinas de farmacia más próximas y a los centros sanitarios públicos o concertados más cercanos que estén en funcionamiento o en fase de proyecto.
5. En caso de que la modificación suponga una nueva actividad en la oficina de farmacia:
  - Documentación justificativa exigida en la normativa vigente relativa a la nueva actividad.
6. En caso de que se solicite cierre:

**TASAS:**

NO

SI (Importe)

282, 23

**LUGAR DE PRESENTACIÓN** Incluir lugares y formas de presentación: telemática, teléfono 012, fax..... (500 caracteres, desde 21-09-2011)

La solicitud se deberá presentar telemáticamente con firma electrónica ante el Registro de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha según el formulario publicado en la sede electrónica de la Junta ([www.jccm.es](http://www.jccm.es)).

**INFORMACIÓN ADICIONAL** Si se ofrece algún contacto para aclarar dudas, correo electrónico, teléfono o dirección postal, debe incluirse aquí (1000 caracteres)

Una vez autorizada la modificación de la oficina de farmacia sin cierre y realizadas las oportunas obras, el titular deberá solicitar la visita de inspección en el plazo de 15 días mediante la presentación del formulario SK7E.

Si se ha autorizado la modificación con el cierre temporal de la oficina de farmacia, una vez realizadas las obras en el plazo señalado deberá solicitar la correspondiente autorización de funcionamiento mediante el formulario publicado en la web con Siaci SJUK

**DIRECCIONES PROVINCIALES:**

ALBACETE Avda. Guardia Civil, Nº 5. CP-02071. Teléf: 967 55 79 00 Fax: 967 55 79 50

CIUDAD REAL C/ Paloma, Nº 7. CP-13071. Teléf: 926 27 60 00 Fax: 926 27 60 72

CUENCA C/ de las Torres, Nº 43. CP-16071. Teléf: 969 17 65 00 Fax: 969 17 65 06

GUADALAJARA C/ Doctor Fernández Iparraguirre, Nº 1. CP-19071. Teléf: 949 88 55 00 Fax: 949 21 68 65

TOLEDO.C/ Guadalupe, Nº 2. CP-45071. Teléf: 925 26 64 00 Fax: 925 26 72 91



**MARCO LEGAL** (2000 caracteres)

Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha, modificada por la Ley 2/2015, de 19 de febrero.  
Decreto 102/2006, de 12 de septiembre, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines.

**RECURSOS** Se refiere a los recursos contra la resolución concreta, no contra la disposición reguladora (1000 caracteres)

Recurso de alzada en el plazo de un mes ante la persona titular de la Consejería de Sanidad.

**CÓDIGO DE APLICACIÓN (Código K2)** Código que identifica la aplicación por la que se realiza la tramitación

2354

**UNIDAD ORGÁNICA COMPETENTE** Consejería, y además, el centro directivo que tenga asignada esta materia según el respectivo Decreto de estructura orgánica y competencias o similar, como Viceconsejería, Dirección General. Sólo puede ponerse un centro (255 caracteres)

Consejería de Sanidad. Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria.

**EN SU CASO, DIRECCIÓN WEB DONDE SE VA A UBICAR EL FORMULARIO PARA LA TRAMITACIÓN ELECTRÓNICA** (255 caracteres)

<http://www.jccm.es>

**UNIDAD/ES ORGÁNICAS DÓNDE SE DESEA RECIBIR LA DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTE EN LOS REGISTROS PÚBLICOS** (255 caracteres)

Direcciones Provinciales de la Consejería de Sanidad.



Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 - Toledo

Nº Procedimiento

010044

Código SIACI

SJUL

## SOLICITUD AUTORIZACIÓN DE MODIFICACIÓN DE OFICINA DE FARMACIA

### DATOS DEL FARMACÉUTICO SOLICITANTE

NIF  NIE  Número de documento:

Nombre:  1º Apellido:  2º Apellido:

Domicilio:

Población:  C.P.:  Provincia:

Teléfono:  Teléfono móvil:  Correo electrónico:

El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el aviso de notificación.

### DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE

Obligatoriamente en caso de cotitularidad se debe designar una persona representante, pudiendo ser uno de los cotitulares.

NIF  NIE  Número de documento:

Nombre:  1º Apellido:  2º Apellido:

Domicilio:

Población:  C.P.:  Provincia:

Teléfono:  Teléfono móvil:  Correo electrónico:

Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.

### MEDIO POR EL QUE RECIBIRÁ LA NOTIFICACIÓN

Notificación electrónica (De acuerdo al artículo 14 de la Ley 39/2015, está obligado a la notificación electrónica, por tanto compruebe que está usted registrado en la Plataforma <https://notifica.jccm.es/notifica> y que sus datos son correctos.)

### INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable	Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria de la Consejería de Sanidad
Finalidad	Gestionar el Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios
Legitimación	Ejercicio de poderes públicos y desarrollo de funciones públicas (Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha)



## Castilla-La Mancha

**Consejería de Sanidad**  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 - Toledo

<b>Destinatarios</b>	<i>Existe cesión de datos</i>
<b>Derechos</b>	<i>Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional</i>
<b>Información adicional</b>	<i>Puede solicitarla en la dirección de correo: protecciondatos@jccm.es</i>

### DATOS DE SOLICITUD

ASUNTO: Modificación de oficina de farmacia.

SOLICITA: La autorización administrativa de:

- Modificación sin cierre temporal de la oficina de farmacia.
- Modificación con cierre temporal de la oficina de farmacia.

La modificación conlleva la inclusión de nueva actividad en la oficina de farmacia:

SI (especificar):

NO

### DATOS DE LA OFICINA DE FARMACIA

Denominación:  N° oficina de farmacia:

Domicilio:

Población:  C.P.:  Provincia:

Teléfono:  Teléfono móvil:  Correo electrónico:

### ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS

#### Declaraciones responsables:

La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada o entidad que se indica, declara expresamente que:

- Cumple los requisitos exigidos que figuran en el Decreto XXX, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines y se compromete a seguir cumpliéndolos mientras se mantenga la actividad.

- Cumple los requisitos exigidos por la normativa vigente para la nueva actividad solicitada, en su caso.
- Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud**, comprometiéndose a probar documentalmente los mismos cuando se le requiera para ello.



## Castilla-La Mancha

**Consejería de Sanidad**  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 - Toledo

Igualmente la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.

### **Autorizaciones:**

**Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, esta Consejería va a proceder a verificar todos estos datos, salvo que usted no autorice expresamente dicha comprobación.**

- NO:** Los acreditativos de identidad.
- NO:** Los siguientes datos o documentos emitidos por la Administración Regional:

Haga clic aquí para escribir texto.

Haga clic aquí para escribir texto.

**Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, esta Consejería va a proceder a verificar los datos o documentos que se encuentren en poder de la Administración, y que usted señale a continuación:**

Documento:  presentado con fecha:  ante la unidad:  de la Administración:

Documento:  presentado con fecha:  ante la unidad:  de la Administración:

En el supuesto de que no autorice a esta Consejería a consultar alguno de los anteriores documentos, señale expresamente:

Haga clic aquí para escribir texto.

Haga clic aquí para escribir texto.

**En el caso de no autorizar la comprobación de los datos anteriores, se compromete a aportar la documentación pertinente.**

**Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos:**

#### **1. Documentación común para todos los tipos de autorizaciones de modificación:**

- Poder de representación, en su caso.
- Justificación documental de título de propiedad o de disponibilidad jurídica del local, en caso de ampliación del mismo.

#### **2. Si la modificación conlleva cambios físicos en la estructura del local:**

Proyecto de obra redactado por técnico competente y visado, en su caso, por su correspondiente colegio profesional relativo al local que deberá contener:

- Memoria del proyecto que especifique el cumplimiento de la normativa de accesibilidad.
- Certificaciones del cumplimiento de la normativa en materia de urbanismo, construcciones, instalaciones y seguridad.
- Plano de conjunto y detalle especificando las diferentes zonas de que consta la oficina de farmacia.
- Planos de instalaciones.



## Castilla-La Mancha

**Consejería de Sanidad**  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 - Toledo

### 3. Si no hay modificaciones en la estructura del local:

- Memoria del proyecto que debe contener:
  - Plano de conjunto y detalle especificando las diferentes zonas de que consta la oficina de farmacia.
  - Planos de instalaciones.

### 4. Si la modificación del local afecta a los accesos al público:

- Plano realizado por técnico competente y visado, si procede, por el colegio profesional correspondiente en el que se señalen las distancias respecto a las oficinas de farmacia más próximas y a los centros sanitarios públicos o concertados más cercanos que estén en funcionamiento o en fase de proyecto.

### 5. En caso de que la modificación suponga una nueva actividad en la oficina de farmacia:

- Documentación justificativa exigida en la normativa vigente relativa a la nueva actividad.

### 6. En caso de que se solicite cierre:

- Documentación justificativa de que la obra conlleva la imposibilidad de prestar la debida asistencia farmacéutica.

## PAGO DE TASAS

Este procedimiento conlleva una tasa de **282,23** euros.

Podrá acreditar el pago realizado:

- Electrónicamente, mediante la referencia.

Haga clic aquí para escribir texto.

- Adjuntando copia del modelo 046, cumplimentado por la entidad bancaria.

Firma

En Haga clic aquí. , a Haga clic aquí. de Haga clic aquí. de 20 Haga clic aquí.

### Direcciones Provinciales de la Consejería de Sanidad:

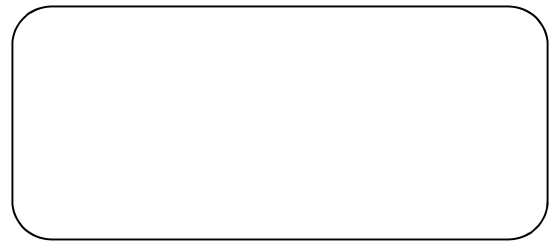
- ALBACETE. Código DIR 3: A08014322
- CIUDAD REAL. Código DIR 3: A08014323
- CUENCA. Código DIR 3: A08014324
- GUADALAJARA. Código DIR 3: A08014325
- TOLEDO. Código DIR 3: A08014326



Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 - Toledo

Código SIACI  
SK7E



**SOLICITUD DE VISITA DE INSPECCIÓN EN EL PROCEDIMIENTO 010044, TRAMITE SJUL, DE MODIFICACIÓN DE LA OFICINA DE FARMACIA SIN CIERRE**

**DATOS DEL FARMACÉUTICO SOLICITANTE**

NIF  NIE  Número de documento:

Nombre:  1º Apellido:  2º Apellido:

Domicilio:

Población:  C.P.:  Provincia:

Teléfono:  Teléfono móvil:  Correo electrónico:

**El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el aviso de notificación.**

**DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE**

**Obligatoriamente en caso de cotitularidad se debe designar una persona representante, pudiendo ser uno de los cotitulares.**

Nombre:  1º Apellido:  2º Apellido:

Domicilio:

Población:  C.P.:  Provincia:

Teléfono:  Teléfono móvil:  Correo electrónico:

**Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.**

**INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS**

<b>Responsable</b>	<i>Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria de la Consejería de Sanidad</i>
<b>Finalidad</b>	<i>Gestionar el Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios</i>
<b>Legitimación</b>	<i>Ejercicio de poderes públicos y desarrollo de funciones públicas (Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha)</i>
<b>Destinatarios</b>	<i>Existe cesión de datos</i>
<b>Derechos</b>	<i>Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional</i>
<b>Información adicional</b>	<i>Puede solicitarla en la dirección de correo: protecciondatos@jccm.es</i>



## Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 - Toledo

### DATOS DE SOLICITUD

ASUNTO: Modificación de oficina de farmacia.

SOLICITA: Visita de inspección tras la modificación de la oficina de farmacia sin cierre.

### DATOS DE LA OFICINA DE FARMACIA

Denominación:  N° oficina de farmacia:

Domicilio:

Población:  C.P.:  Provincia:

Teléfono:  Teléfono móvil:  Correo electrónico:

### ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS

#### Declaraciones responsables:

La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada o entidad que se indica, declara expresamente que:

- Cumple los requisitos exigidos que figuran en el Decreto 102/2006, de 12 de septiembre, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines y se compromete a seguir cumpliéndolos mientras se mantenga la actividad.

**Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud**, comprometiéndose a probar documentalmente los mismos cuando se le requiera para ello.

Igualmente la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.

#### Autorizaciones:

Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, esta Consejería va a proceder a verificar todos estos datos, salvo que usted no autorice expresamente dicha comprobación.

**NO:** Los acreditativos de identidad.

**NO:** Los siguientes datos o documentos emitidos por la Administración Regional:



## Castilla-La Mancha

**Consejería de Sanidad**  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 - Toledo

**Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, esta Consejería va a proceder a verificar los datos o documentos que se encuentren en poder de la Administración, y que usted señale a continuación:**

Documento:  presentado con fecha:  ante la unidad:  de la Administración:

Documento:  presentado con fecha:  ante la unidad:  de la Administración:

En el supuesto de que no autorice a esta Consejería a consultar alguno de los anteriores documentos, señale expresamente:

**En el caso de no autorizar la comprobación de los datos anteriores, se compromete a aportar la documentación pertinente.**

**Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos:**

- Poder de representación, en su caso.
- En caso de que sea necesario proyecto de obra, certificado final de obra.

### PAGO DE TASAS

Este procedimiento no conlleva tasa.

Firma

En  , a  de  de 20

#### Direcciones Provinciales de la Consejería de Sanidad:

- ALBACETE. Código DIR 3: A08014322
- CIUDAD REAL. Código DIR 3: A08014323
- CUENCA. Código DIR 3: A08014324
- GUADALAJARA. Código DIR 3: A08014325
- TOLEDO. Código DIR 3: A08014326



FICHA SIACI A CUMPLIMENTAR POR LOS ÓRGANOS GESTORES

**INFORMACIÓN RELATIVA AL PROCEDIMIENTO**

Número (6 dígitos a cumplimentar por IGS)

**Familia** (elegir entre 21 posibilidades)

<input checked="" type="radio"/> 01 Comunicaciones previas, autorizaciones y licencias	<input type="radio"/> 08 Conciliación, mediación y arbitraje	<input type="radio"/> 15 Convenios
<input type="radio"/> 02 Registro	<input type="radio"/> 09 Quejas y sugerencias, consultas y reclamaciones	<input type="radio"/> 16 Tesorería y deuda
<input type="radio"/> 03 Ayudas, subvenciones, becas, premios y cursos	<input type="radio"/> 10 Elaboración de disposiciones	<input type="radio"/> 17 Tributarios y de otros ingresos de derecho público
<input type="radio"/> 04 Evaluación, informes, declaración, acreditaciones y certificaciones	<input type="radio"/> 11 Selección y contratación de personal	<input type="radio"/> 18 Recursos Humanos
<input type="radio"/> 05 Expropiación y revisión	<input type="radio"/> 12 Prestaciones Sociales y sanitarias	<input type="radio"/> 19 Operaciones con bienes
<input type="radio"/> 06 Contratación Pública	<input type="radio"/> 13 Responsabilidad patrimonial	<input type="radio"/> 20 Protección de menores
<input type="radio"/> 07 Sancionador	<input type="radio"/> 14 Recursos, revisión de oficio y reclamaciones previas	<input type="radio"/> 21 Publicaciones

**Nombre** procedimiento: Autorización de transmisión de oficina de farmacia.

**Consejería o Ente** vinculado o dependiente: Sanidad

**Normativa:** Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha, modificada por la Ley 2/2015, de 19 de febrero.  
Decreto XXXXX, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines.

**Plazo máximo de resolución:** 3 meses.

**Sentido del silencio:** Desestimatorio.



**INFORMACIÓN RELATIVA A LOS TRÁMITES**

**CÓDIGO** solicitar a [atencion@jccm.es](mailto:atencion@jccm.es) (4 caracteres)

SJUM

Se ruega antes de crear un nuevo código, revisar si el procedimiento que se quiere dar de alta ya existe, para evitar duplicidades.

Esta ficha también debe cumplimentarse en caso de modificación de un trámite ya existente. En caso de propuesta de baja bastará poner el código e indicar dicha intención en el correo de remisión.

En caso de duda se ruega plantearla a [atencion@jccm.es](mailto:atencion@jccm.es), que es la dirección de correo de Atención e Información Ciudadana (Inspección General de Servicios).

**TÍTULO DEL TRÁMITE** No hace falta anteponer expresiones tales como solicitud. Evitar en lo posible referencia a años concretos (195 caracteres)

Autorización de transmisión de oficina de farmacia.

**PLAZO DE PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES** En las sujetas a plazo poner una fecha de inicio y fecha de fin. (255 caracteres)

Abierto todo el año.

**OBJETO** Definir siempre de forma somera y precisa la actuación de la Administración. (500 caracteres)

Autorizar el cambio de farmacéutico titular o titulares de la oficina de farmacia.

**DESTINATARIOS** En el supuesto de no coincidir Solicitante/s y Beneficiario/s, por ejemplo en materia de ayudas y subvenciones, figurará en primer lugar la información de Solicitante/s y de forma separada la de Beneficiario/s. (1000 caracteres)

Farmacéuticos titulares y nuevos adquirentes, "inter vivos" o "mortis causa".



**REQUISITOS EXIGIDOS** ( Poner sólo los más relevantes). (1000 caracteres)

**IMPORTES** (1000 caracteres)

Tasa: 436,54 euros.

**CRITERIOS** (DE RESOLUCIÓN 500 caracteres)



**DOCUMENTACIÓN A APORTAR** Se refiere a la que debe acompañar a la solicitud inicial. Incluir, en su caso, la información relativa a los supuestos en los que puede no aportarse inicialmente (2000 caracteres)

1. Para la solicitud de autorización de transmisión:
  - Poder de representación, en su caso.
  - Certificado de colegiación del adquirente/es o compromiso formal de colegiarse una vez obtenida la autorización.
  - Declaración jurada del adquirente/es de no estar incurso en ninguna causa incompatibilidad para ejercer como titular de farmacia.
2. Si los solicitantes son los herederos del farmacéutico titular o cotitular:
  - Copia de títulos que acrediten la condición de herederos.
3. Si en una cotitularidad una de las partes enajena a un tercero:
  - Documento acreditativo de que se ha dado conocimiento al resto de los farmacéuticos titulares de la transmisión, con el fin que puedan ejercer el derecho de retracto legal.
4. Cuando la transmisión conlleve traslado, además de la documentación anterior:
  - Plano de situación en el que se señale con exactitud el emplazamiento del local.
  - Informe de distancias existentes del local designado respecto a las farmacia más próximas y a los centros sanitarios más cercanos, en funcionamiento o en fase de proyecto, de financiación pública o concertados en los que se prescriban medicamentos o productos sanitarios.
  - Justificación documental de la disponibilidad jurídica del local.
  - Proyecto de obra redactado por técnico competente y visado, si procede, por su correspondiente colegio profesional relativo al nuevo local que contendrá:
    - Memoria del proyecto que especifique el cumplimiento de la normativa de accesibilidad y eliminación de barreras arquitectónicas.

**TASAS:**

NO

SI (Importe)

436,54

**LUGAR DE PRESENTACIÓN** Incluir lugares y formas de presentación: telemática, teléfono 012, fax..... (500 caracteres, desde 21-09-2011)

La solicitud se deberá presentar telemáticamente con firma electrónica ante el Registro de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha según el formulario publicado en la sede electrónica de la Junta ([www.jccm.es](http://www.jccm.es)).

**INFORMACIÓN ADICIONAL** Si se ofrece algún contacto para aclarar dudas, correo electrónico, teléfono o dirección postal, debe incluirse aquí (1000 caracteres)

En 15 días tras la autorización provisional de transmisión se aportará la escritura notarial de transmisión y la justificación documental de la disponibilidad jurídica del local -si no se aportó antes- mediante formulario SK7E de aportación documental en el procedimiento 010045.

Si la transmisión conlleva cambio de local, una vez finalizadas las obras el farmacéutico adquirente deberá solicitar la visita de inspección mediante el formulario SK7E de visita de inspección en el procedimiento 010045.

**DIRECCIONES PROVINCIALES DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD:**

- ALBACETE. Avda. Guardia Civil, Nº 5. CP-02071. Teléfono: 967 55 79 00
- CIUDAD REAL. C/ Paloma, Nº 7. CP-13071. Teléfono: 926 27 60 00
- CUENCA. C/ de las Torres, Nº 43. CP-16071. Teléfono: 969 17 65 00
- GUADALAJARA. C/ Doctor Fernández Iparraguirre, Nº 1. CP-19071. Teléfono: 949 88 55 00
- TOLEDO. C/ Guadalupe, Nº 2. CP-45071. Teléfono: 925 26 64 00



**MARCO LEGAL** (2000 caracteres)

Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha, modificada por la Ley 2/2015, de 19 de febrero.  
Decreto XXXXXXXX, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines.

**RECURSOS** Se refiere a los recursos contra la resolución concreta, no contra la disposición reguladora (1000 caracteres)

Recurso de alzada en el plazo de un mes ante la persona titular de la Consejería de Sanidad.

**CÓDIGO DE APLICACIÓN (Código K2)** Código que identifica la aplicación por la que se realiza la tramitación

2354

**UNIDAD ORGÁNICA COMPETENTE** Consejería, y además, el centro directivo que tenga asignada esta materia según el respectivo Decreto de estructura orgánica y competencias o similar, como Viceconsejería, Dirección General. Sólo puede ponerse un centro (255 caracteres)

Consejería de Sanidad. Dirección Provincial de Sanidad.

**EN SU CASO, DIRECCIÓN WEB DONDE SE VA A UBICAR EL FORMULARIO PARA LA TRAMITACIÓN ELECTRÓNICA** (255 caracteres)

<http://www.jccm.es>

**UNIDAD/ES ORGÁNICAS DÓNDE SE DESEA RECIBIR LA DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTE EN LOS REGISTROS PÚBLICOS** (255 caracteres)

Direcciones Provinciales de la Consejería de Sanidad.



Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 - Toledo

Nº Procedimiento

010045

Código SIACI

SJUM

## SOLICITUD AUTORIZACIÓN DE TRANSMISIÓN DE OFICINA DE FARMACIA

### DATOS DEL FARMACÉUTICO SOLICITANTE

NIF  NIE  Número de documento:

Nombre:  1º Apellido:  2º Apellido:

Domicilio:

Población:  C.P.:  Provincia:

Teléfono:  Teléfono móvil:  Correo electrónico:

El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el aviso de notificación.

### DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE

**Obligatoriamente en caso de cotitularidad se debe designar una persona representante, pudiendo ser uno de los cotitulares**

NIF  NIE  Número de documento:

Nombre:  1º Apellido:  2º Apellido:

Domicilio:

Población:  C.P.:  Provincia:

Teléfono:  Teléfono móvil:  Correo electrónico:

Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.

### MEDIO POR EL QUE RECIBIRÁ LA NOTIFICACIÓN

Notificación electrónica (De acuerdo al artículo 14 de la Ley 39/2015, está obligado a la notificación electrónica, por tanto compruebe que está usted registrado en la Plataforma <https://notifica.jccm.es/notifica> y que sus datos son correctos.)

### INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable	Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria de la Consejería de Sanidad
Finalidad	Gestionar el Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios
Legitimación	Ejercicio de poderes públicos y desarrollo de funciones públicas (Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha)
Destinatarios	Existe cesión de datos



## Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 - Toledo

<b>Derechos</b>	<i>Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional</i>
<b>Información adicional</b>	<i>Puede solicitarla en la dirección de correo: <a href="mailto:protecciondatos@jccm.es">protecciondatos@jccm.es</a></i>

### DATOS DE SOLICITUD

ASUNTO: Trasmisión de oficina de farmacia.

SOLICITA: La autorización administrativa de:

- Transmisión de oficina de farmacia sin cambio de local.
- Transmisión de oficina de farmacia con cambio de local.
- Transmisión parcial de la oficina de farmacia.

### DATOS DE LA OFICINA DE FARMACIA

Denominación:  N° oficina de farmacia:

Domicilio:  C.P.:

Nuevo domicilio en caso de traslado:  C.P.:

Población:  Provincia:

Teléfono:  Teléfono móvil:  Correo electrónico:

### DATOS DE LOS FARMACÉUTICOS ADQUIRENTES

NIF  Número de documento:

Nombre:  1° Apellido:  2° Apellido:

Porcentaje de transmisión:

NIF  Número de documento:

Nombre:  1° Apellido:  2° Apellido:

Porcentaje de transmisión:

NIF  Número de documento:

Nombre:  2° Apellido:  2° Apellido:

Porcentaje de transmisión:



## Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 - Toledo

NIF	<input type="checkbox"/>	Número de documento:	Haga clic aquí para escribir texto.			
Nombre:	Haga clic aquí.		1º Apellido:	Haga clic aquí.	2º Apellido:	Haga clic aquí.
Porcentaje de transmisión :	Haga clic aquí para escribir texto.					

### ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS

#### Declaraciones responsables:

La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada o entidad que se indica, declara expresamente que:

- Cumple los requisitos exigidos que figuran en el Decreto 102/2006, de 12 de septiembre, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines y se compromete a seguir cumpliéndolos mientras se mantenga la actividad.

**Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud**, comprometiéndose a probar documentalmente los mismos cuando se le requiera para ello.

Igualmente la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.

#### Autorizaciones:

Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, esta Consejería va a proceder a verificar todos estos datos, salvo que usted no autorice expresamente dicha comprobación.

**NO:** Los acreditativos de identidad.

**NO:** Los siguientes datos o documentos emitidos por la Administración Regional:

Haga clic aquí para escribir texto.

Haga clic aquí para escribir texto.



## Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 - Toledo

**Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, esta Consejería va a proceder a verificar los datos o documentos que se encuentren en poder de la Administración, y que usted señale a continuación:**

Documento:  presentado con fecha:  ante la unidad:  de la Administración:

Documento:  presentado con fecha:  ante la unidad:  de la Administración:

En el supuesto de que no autorice a esta Consejería a consultar alguno de los anteriores documentos, señale expresamente:

**En el caso de no autorizar la comprobación de los datos anteriores, se compromete a aportar la documentación pertinente.**

**Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos:**

- Poder de representación, en su caso.
- Certificado de colegiación del adquirente o adquirentes o compromiso formal de colegiarse una vez obtenida la autorización.
- Declaración jurada del adquirente o adquirentes de no estar incurso en ninguna causa incompatibilidad para ejercer como titular de oficina de farmacia.
- **Si los solicitantes de la transmisión son los herederos del farmacéutico titular o cotitular:**
  - Copia de títulos que acrediten la condición de herederos.
- **Si en una cotitularidad una de las partes enajena a un tercero:**
  - Documento acreditativo de que se ha dado conocimiento al resto de los farmacéuticos titulares de la transmisión de la oficina de farmacia con el fin que puedan ejercer el derecho de retracto legal.
- **Cuando la transmisión conlleve traslado, además de la documentación anterior:**
  - Plano de situación en el que se señale con exactitud el emplazamiento del local.
  - Informe de distancias existentes del local designado respecto a las oficinas de farmacia más próximas y a los centros sanitarios más cercanos, en funcionamiento o en fase de proyecto, de financiación pública o concertados en los que se prescriban medicamentos o productos sanitarios.
  - Justificación documental de la disponibilidad jurídica del local.
  - Proyecto de obra redactado por técnico competente y visado, si procede, por su correspondiente colegio profesional relativo al nuevo local que debe contener:
    - Memoria del proyecto que especifique el cumplimiento de la normativa de accesibilidad y eliminación de barreras arquitectónicas.
    - Certificaciones del cumplimiento de la normativa en materia de urbanismo, construcciones, instalaciones y seguridad.
    - Plano de conjunto y detalle especificando las diferentes zonas de que consta la oficina de farmacia.
    - Planos de instalaciones.



## Castilla-La Mancha

**Consejería de Sanidad**  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 - Toledo

### PAGO DE TASAS

Este procedimiento conlleva una tasa de **436,54 euros**.

Podrá acreditar el pago realizado:

- Electrónicamente, mediante la referencia.
- Adjuntando copia del modelo 046, cumplimentado por la entidad bancaria.

Haga clic aquí para escribir texto.

Firma

En Haga clic aquí. , a Haga clic aquí. de Haga clic aquí. de 20 Haga clic aquí.

#### Direcciones Provinciales de la Consejería de Sanidad:

- ALBACETE. Código DIR 3: A08014322
- CIUDAD REAL. Código DIR 3: A08014323
- CUENCA. Código DIR 3: A08014324
- GUADALAJARA. Código DIR 3: A08014325
- TOLEDO. Código DIR 3: A08014326



Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 - Toledo

Código SIACI

SK7E

**APORTACIÓN DE DOCUMENTOS EN EL PROCEDIMIENTO 010045, TRAMITE SJUM, PARA LA AUTORIZACIÓN DEFINITIVA DE TRANSMISIÓN**

**DATOS DEL FARMACÉUTICO SOLICITANTE**

NIF  NIE  Número de documento:

Nombre:  1º Apellido:  2º Apellido:

Domicilio:

Población:  C.P.:  Provincia:

Teléfono:  Teléfono móvil:  Correo electrónico:

**El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el aviso de notificación.**

**DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE**

**Obligatoriamente en caso de cotitularidad se debe designar una persona representante, pudiendo ser uno de los cotitulares**

NIF  NIE  Número de documento:

Nombre:  1º Apellido:  2º Apellido:

Domicilio:

Población:  C.P.:  Provincia:

Teléfono:  Teléfono móvil:  Correo electrónico:

**Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.**

**INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS**

<b>Responsable</b>	<i>Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria de la Consejería de Sanidad</i>
<b>Finalidad</b>	<i>Gestionar el Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios</i>
<b>Legitimación</b>	<i>Ejercicio de poderes públicos y desarrollo de funciones públicas (Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha)</i>
<b>Destinatarios</b>	<i>Existe cesión de datos</i>
<b>Derechos</b>	<i>Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional</i>
<b>Información adicional</b>	<i>Puede solicitarla en la dirección de correo: protecciondatos@jccm.es</i>



## Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 - Toledo

### DATOS DE LA OFICINA DE FARMACIA

Denominación:  N° oficina de farmacia:   
Domicilio:  C.P.:

### DATOS DE LA APORTACIÓN DOCUMENTAL

ASUNTO: Trasmisión de oficina de farmacia.

APORTA: Documentos para la autorización definitiva de transmisión de oficina de farmacia.

Nuevo domicilio en caso de traslado:  C.P.:   
Población:  Provincia:   
Teléfono:  Teléfono móvil:  Correo electrónico:

### ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS

#### Declaraciones responsables:

La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada o entidad que se indica, declara expresamente que:

- Cumple los requisitos exigidos que figuran en el Decreto 102/2006, de 12 de septiembre, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines y se compromete a seguir cumpliéndolos mientras se mantenga la actividad.

**Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud**, comprometiéndose a probar documentalmente los mismos cuando se le requiera para ello.

Igualmente la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.

#### Autorizaciones:

Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, esta Consejería va a proceder a verificar todos estos datos, salvo que usted no autorice expresamente dicha comprobación.

**NO:** Los acreditativos de identidad.

**NO:** Los siguientes datos o documentos emitidos por la Administración Regional:



## Castilla-La Mancha

**Consejería de Sanidad**  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 - Toledo

Haga clic aquí para escribir texto.

Haga clic aquí para escribir texto.

**Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, esta Consejería va a proceder a verificar los datos o documentos que se encuentren en poder de la Administración, y que usted señale a continuación:**

Documento:  presentado con fecha:  ante la unidad:  de la Administración:

Documento:  presentado con fecha:  ante la unidad:  de la Administración:

En el supuesto de que no autorice a esta Consejería a consultar alguno de los anteriores documentos, señale expresamente:

Haga clic aquí para escribir texto.

Haga clic aquí para escribir texto.

**En el caso de no autorizar la comprobación de los datos anteriores, se compromete a aportar la documentación pertinente.**

**Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos para la autorización definitiva de transmisión:**

- Poder de representación, en su caso.
- Documentación justificativa de la disponibilidad jurídica del local a favor del adquirente o adquirentes, salvo que ya hubiese sido aportada.
- Escritura notarial en la que se formalice la transmisión.

### PAGO DE TASAS

Este procedimiento no conlleva tasa.

Firma

En  , a  de  de 20

#### **Direcciones Provinciales de la Consejería de Sanidad:**

- ALBACETE. Código DIR 3: A08014322
- CIUDAD REAL. Código DIR 3: A08014323
- CUENCA. Código DIR 3: A08014324
- GUADALAJARA. Código DIR 3: A08014325
- TOLEDO. Código DIR 3: A08014326



Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 - Toledo

Código SIACI

SK7E

**SOLICITUD VISITA DE INSPECCIÓN EN EL PROCEDIMIENTO 010045, TRAMITE SJUM DE AUTORIZACIÓN DE TRASMISIÓN DE OFICINA DE FARMACIA QUE CONLLEVA CAMBIO DE LOCAL**

**DATOS DEL FARMACÉUTICO SOLICITANTE**

NIF  NIE  Número de documento:

Nombre:  1º Apellido:  2º Apellido:

Domicilio:

Población:  C.P.:  Provincia:

Teléfono:  Teléfono móvil:  Correo electrónico:

**El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el aviso de notificación.**

**DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE**

**Obligatoriamente en caso de cotitularidad se debe designar una persona representante, pudiendo ser uno de los cotitulares**

NIF  NIE  Número de documento:

Nombre:  1º Apellido:  2º Apellido:

Domicilio:

Población:  C.P.:  Provincia:

Teléfono:  Teléfono móvil:  Correo electrónico:

**Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.**

**INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS**

<b>Responsable</b>	<i>Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria de la Consejería de Sanidad</i>
<b>Finalidad</b>	<i>Gestionar el Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios</i>
<b>Legitimación</b>	<i>Ejercicio de poderes públicos y desarrollo de funciones públicas (Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha)</i>
<b>Destinatarios</b>	<i>Existe cesión de datos</i>
<b>Derechos</b>	<i>Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional</i>
<b>Información adicional</b>	<i>Puede solicitarla en la dirección de correo: protecciondatos@jccm.es</i>



## Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 - Toledo

### DATOS DE SOLICITUD

ASUNTO: Trasmisión de oficina de farmacia.

SOLICITA: Visita de inspección para la autorización definitiva de transmisión de oficina de farmacia, tras obtener autorización provisional de transmisión que conlleva cambio de local.

### DATOS DE LA OFICINA DE FARMACIA

Denominación:  N° oficina de farmacia:

Domicilio:  C:P::

Nuevo domicilio en caso de traslado:  C.P.:

Población:  Provincia:

Teléfono:  Teléfono móvil:  Correo electrónico:

### ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS

#### Declaraciones responsables:

La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada o entidad que se indica, declara expresamente que:

- Cumple los requisitos exigidos que figuran en el Decreto 102/2006, de 12 de septiembre, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines y se compromete a seguir cumpliéndolos mientras se mantenga la actividad.

**Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud**, comprometiéndose a probar documentalmente los mismos cuando se le requiera para ello.

Igualmente la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.

#### Autorizaciones:

Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, esta Consejería va a proceder a verificar todos estos datos, salvo que usted no autorice expresamente dicha comprobación.

**NO:** Los acreditativos de identidad.

**NO:** Los siguientes datos o documentos emitidos por la Administración Regional:



## Castilla-La Mancha

**Consejería de Sanidad**  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 - Toledo

**Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, esta Consejería va a proceder a verificar los datos o documentos que se encuentren en poder de la Administración, y que usted señale a continuación:**

Documento:  presentado con fecha:  ante la unidad:  de la Administración:

Documento:  presentado con fecha:  ante la unidad:  de la Administración:

En el supuesto de que no autorice a esta Consejería a consultar alguno de los anteriores documentos, señale expresamente:

**En el caso de no autorizar la comprobación de los datos anteriores, se compromete a aportar la documentación pertinente.**

**Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos:**

Poder de representación, en su caso.

### PAGO DE TASAS

Este procedimiento no conlleva tasa.

Firma

En  , a  de  de 20

#### **Direcciones Provinciales de la Consejería de Sanidad:**

- ALBACETE. Código. DIR 3: A08014322
- CIUDAD REAL. Código. DIR 3: A08014323
- CUENCA. Código. DIR 3: A08014324
- GUADALAJARA. Código. DIR 3: A08014325
- TOLEDO. Código. DIR 3: A08014326



FICHA SIACI A CUMPLIMENTAR POR LOS ÓRGANOS GESTORES

**INFORMACIÓN RELATIVA AL PROCEDIMIENTO**

Número (6 dígitos a cumplimentar por IGS)

**Familia** (elegir entre 21 posibilidades)

<input checked="" type="radio"/> 01 Comunicaciones previas, autorizaciones y licencias	<input type="radio"/> 08 Conciliación, mediación y arbitraje	<input type="radio"/> 15 Convenios
<input type="radio"/> 02 Registro	<input type="radio"/> 09 Quejas y sugerencias, consultas y reclamaciones	<input type="radio"/> 16 Tesorería y deuda
<input type="radio"/> 03 Ayudas, subvenciones, becas, premios y cursos	<input type="radio"/> 10 Elaboración de disposiciones	<input type="radio"/> 17 Tributarios y de otros ingresos de derecho público
<input type="radio"/> 04 Evaluación, informes, declaración, acreditaciones y certificaciones	<input type="radio"/> 11 Selección y contratación de personal	<input type="radio"/> 18 Recursos Humanos
<input type="radio"/> 05 Expropiación y revisión	<input type="radio"/> 12 Prestaciones Sociales y sanitarias	<input type="radio"/> 19 Operaciones con bienes
<input type="radio"/> 06 Contratación Pública	<input type="radio"/> 13 Responsabilidad patrimonial	<input type="radio"/> 20 Protección de menores
<input type="radio"/> 07 Sancionador	<input type="radio"/> 14 Recursos, revisión de oficio y reclamaciones previas	<input type="radio"/> 21 Publicaciones

**Nombre** procedimiento: Autorización de traslado de oficina de farmacia.

**Consejería o Ente** vinculado o dependiente: Sanidad

**Normativa:** Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha, modificada por la Ley 2/2015, de 19 de febrero.  
Decreto XXXXXXXX, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines.

**Plazo máximo de resolución:** 3 meses.

**Sentido del silencio:** Desestimatorio.



**INFORMACIÓN RELATIVA A LOS TRÁMITES**

**CÓDIGO** solicitar a [atencion@jccm.es](mailto:atencion@jccm.es) (4 caracteres)

SJUN

Se ruega antes de crear un nuevo código, revisar si el procedimiento que se quiere dar de alta ya existe, para evitar duplicidades.

Esta ficha también debe cumplimentarse en caso de modificación de un trámite ya existente. En caso de propuesta de baja bastará poner el código e indicar dicha intención en el correo de remisión.

En caso de duda se ruega plantearla a [atencion@jccm.es](mailto:atencion@jccm.es), que es la dirección de correo de Atención e Información Ciudadana (Inspección General de Servicios).

**TÍTULO DEL TRÁMITE** No hace falta anteponer expresiones tales como solicitud. Evitar en lo posible referencia a años concretos (195 caracteres)

Autorización de traslado de oficina de farmacia.

**PLAZO DE PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES** En las sujetas a plazo poner una fecha de inicio y fecha de fin. (255 caracteres)

Abierto todo el año.

**OBJETO** Definir siempre de forma somera y precisa la actuación de la Administración. (500 caracteres)

Autorizar los cambios de ubicación de una oficina de farmacia, cumpliendo los criterios de planificación del artículo 36 de la Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha, modificada por la Ley 2/2015, de 19 de febrero.

**DESTINATARIOS** En el supuesto de no coincidir Solicitante/s y Beneficiario/s, por ejemplo en materia de ayudas y subvenciones, figurará en primer lugar la información de Solicitante/s y de forma separada la de Beneficiario/s. (1000 caracteres)

Farmacéuticos titulares de oficina de farmacia.



**REQUISITOS EXIGIDOS** ( Poner sólo los más relevantes). (1000 caracteres)

Solo se podrá solicitar traslado de una oficina de farmacia dentro del mismo núcleo de población donde están ubicadas y para el que fueron autorizadas.

**IMPORTES** (1000 caracteres)

Tasa: 500,96 euros.

**CRITERIOS** (DE RESOLUCIÓN 500 caracteres)



**DOCUMENTACIÓN A APORTAR** Se refiere a la que debe acompañar a la solicitud inicial. Incluir, en su caso, la información relativa a los supuestos en los que puede no aportarse inicialmente (2000 caracteres)

- 1.Documentación común para todos los tipos de autorizaciones de traslado:
  - Poder de representación, en su caso.
- 2.Para la solicitud de autorización de traslado voluntario, además de la documentación común:
  - Plano de situación en el que se señale con exactitud el emplazamiento del local.
  - Informe de distancias existentes del local designado respecto a las oficinas de farmacia más próximas y a los centros sanitarios más cercanos, en funcionamiento o en fase de proyecto, de financiación pública o concertados en los que se prescriban medicamentos o productos sanitarios.
  - Justificación documental de la disponibilidad jurídica del local.
  - Proyecto de obra redactado por técnico competente y visado, si procede, por su correspondiente colegio profesional relativo al nuevo local que debe contener:
    - Memoria del proyecto que especifique el cumplimiento de la normativa de accesibilidad y eliminación de barreras arquitectónicas.
    - Certificaciones del cumplimiento de la normativa en materia de urbanismo, construcciones, instalaciones y seguridad.
    - Plano de conjunto y detalle especificando las diferentes zonas de que consta la oficina de farmacia.
    - Planos de instalaciones.
- 3.Para la solicitud de autorización de traslado forzoso definitivo, además de la documentación exigida en el traslado voluntario:
  - Documento que acredite la causa alegada.
- 4.Para la solicitud de autorización de traslado forzoso provisional, además de la documentación exigida en el traslado voluntario:
  - Documentación acreditativa de la causa que impide la continuidad de la actividad farmacéutica en el local donde se venía

**TASAS:**

NO

SI (Importe)

500,96

**LUGAR DE PRESENTACIÓN** Incluir lugares y formas de presentación: telemática, teléfono 012, fax..... (500 caracteres, desde 21-09-2011)

La solicitud se deberá presentar telemáticamente con firma electrónica ante el Registro de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha según el formulario publicado en la sede electrónica de la Junta ([www.jccm.es](http://www.jccm.es)).

**INFORMACIÓN ADICIONAL** Si se ofrece algún contacto para aclarar dudas, correo electrónico, teléfono o dirección postal, debe incluirse aquí (1000 caracteres)

Los farmacéuticos de farmacias afectadas por proximidad podrán presentar alegaciones mediante el formulario SK7E en el plazo de 10 días y adjuntar documentos.

Una vez concedida la autorización de traslado, el farmacéutico titular dispone de un plazo máximo de 6 meses para solicitar la autorización de funcionamiento en el local definitivo o provisional al que se traslada mediante formulario SJUK.

En caso de traslado provisional el retorno a la ubicación de origen requerirá la presentación de la solicitud de autorización de funcionamiento mediante el formulario SJUK antes de finalización del plazo establecido en la autorización de dicho traslado.

**DIRECCIONES PROVINCIALES DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD:**

ALBACETE. Avda. Guardia Civil, 5 – Teléfono: 967 55 79 00

CIUDAD REAL. C/ Paloma, 7 – Teléfono: 926 27 60 00

CUENCA. C/ de las Torres, 43 – Teléfono 969 17 65 00

GUADALAJARA. C/ Doctor Fernández Iparraguirre, 1 – Teléfono: 949 88 55 00

TOLEDO. C/ Guadalmena, 2 – Teléfono: 925 26 64 00



**MARCO LEGAL** (2000 caracteres)

Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha, modificada por la Ley 2/2015, de 19 de febrero.  
Decreto XXXXX, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines.

**RECURSOS** Se refiere a los recursos contra la resolución concreta, no contra la disposición reguladora (1000 caracteres)

Recurso de alzada en el plazo de un mes ante la persona titular de la Consejería de Sanidad.

**CÓDIGO DE APLICACIÓN (Código K2)** Código que identifica la aplicación por la que se realiza la tramitación

2354

**UNIDAD ORGÁNICA COMPETENTE** Consejería, y además, el centro directivo que tenga asignada esta materia según el respectivo Decreto de estructura orgánica y competencias o similar, como Viceconsejería, Dirección General. Sólo puede ponerse un centro (255 caracteres)

Consejería de Sanidad. Dirección Provincial de Sanidad.

**EN SU CASO, DIRECCIÓN WEB DONDE SE VA A UBICAR EL FORMULARIO PARA LA TRAMITACIÓN ELECTRÓNICA** (255 caracteres)

<http://www.jccm.es>

**UNIDAD/ES ORGÁNICAS DÓNDE SE DESEA RECIBIR LA DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTE EN LOS REGISTROS PÚBLICOS** (255 caracteres)

Direcciones Provinciales de la Consejería de Sanidad.



Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 - Toledo

Nº Procedimiento

010046

Código SIACI

SJUN

## SOLICITUD AUTORIZACIÓN DE TRASLADO DE OFICINA DE FARMACIA

### DATOS DEL FARMACÉUTICO SOLICITANTE

NIF  NIE  Número de documento:

Nombre:  1º Apellido:  2º Apellido:

Domicilio:

Población:  C.P.:  Provincia:

Teléfono:  Teléfono móvil:  Correo electrónico:

**El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el aviso de notificación.**

### DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE

**Obligatoriamente en caso de cotitularidad se debe designar una persona representante, pudiendo ser uno de los cotitulares.**

NIF  NIE  Número de documento:

Domicilio:

Población:  C.P.:  Provincia:

Teléfono:  Teléfono móvil:  Correo electrónico:

**Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.**

### MEDIO POR EL QUE RECIBIRÁ LA NOTIFICACIÓN

Notificación electrónica (Al estar obligado a la notificación electrónica debe usted registrarse en la Plataforma <https://notifica.jccm.es/notifica> y comprobar que sus datos son correctos.)

### INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS

<b>Responsable</b>	Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria de la Consejería de Sanidad
<b>Finalidad</b>	Gestionar el Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios
<b>Legitimación</b>	Ejercicio de poderes públicos y desarrollo de funciones públicas (Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha)
<b>Destinatarios</b>	Existe cesión de datos
<b>Derechos</b>	Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional
<b>Información adicional</b>	Puede solicitarla en la dirección de correo: <a href="mailto:protecciondatos@jccm.es">protecciondatos@jccm.es</a>



## Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 - Toledo

### DATOS DE SOLICITUD

ASUNTO: Traslado de oficina de farmacia.

SOLICITA: La autorización administrativa de:

- Traslado voluntario de la oficina de farmacia.
- Traslado forzoso provisional de la oficina de farmacia.
- Traslado forzoso definitivo de la oficina de farmacia.

Causa que motiva el traslado:

Haga clic aquí para escribir texto.

Dirección del local propuesto:

Haga clic aquí para escribir texto.

Plazo para el que se solicita el traslado forzoso provisional

Haga clic

### DATOS DE LA OFICINA DE FARMACIA

Denominación: Haga clic aquí para escribir texto.

Nº oficina de farmacia: Haga clic aquí.

Domicilio actual: Haga clic aquí para escribir texto.

C.P.: Haga clic aquí.

Domicilio al que se traslada: Haga clic aquí para escribir texto.

C.P.: Haga clic aquí.

Población: Haga clic aquí.

C.P.: Haga clic aquí.

Provincia: Haga clic aquí.

Teléfono: Haga clic aquí.

Teléfono móvil: Haga clic aquí.

Correo electrónico: Haga clic aquí.

### ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS

#### Declaraciones responsables:

La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada o entidad que se indica, declara expresamente que:

- Cumple los requisitos exigidos que figuran en el Decreto 102/2006, de 12 de septiembre, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines y se compromete a seguir cumpliéndolos mientras se mantenga la actividad.

- Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud**, comprometiéndose a probar documentalmente los mismos cuando se le requiera para ello.
- En el caso de autorización de traslado forzoso provisional me comprometo a retornar a la ubicación de origen en el



## Castilla-La Mancha

### Consejería de Sanidad

Dirección General de Planificación,

Ordenación e Inspección Sanitaria.

Avda. de Francia, 4

45071 - Toledo

plazo de  (Máximo 2 años).

Igualmente la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.

#### Autorizaciones:

Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, esta Consejería va a proceder a verificar todos estos datos, salvo que usted no autorice expresamente dicha comprobación.

**NO:** Los acreditativos de identidad.

**NO:** Los siguientes datos o documentos emitidos por la Administración Regional:

Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, esta Consejería va a proceder a verificar los datos o documentos que se encuentren en poder de la Administración, y que usted señale a continuación:

Documento:  presentado con fecha:  ante la unidad:  de la Administración:

Documento:  presentado con fecha:  ante la unidad:  de la Administración:

En el supuesto de que no autorice a esta Consejería a consultar alguno de los anteriores documentos, señale expresamente:

En el caso de no autorizar la comprobación de los datos anteriores, se compromete a aportar la documentación pertinente.

Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos:

#### 1. Documentación común para todos los tipos de autorizaciones de traslado:

Poder de representación, en su caso.

#### 2. Para la solicitud de autorización de traslado voluntario, además de la documentación común:

Plano de situación en el que se señale con exactitud el emplazamiento del local.

Informe de distancias existentes del local designado respecto a las oficinas de farmacia más próximas y a los centros sanitarios más cercanos, en funcionamiento o en fase de proyecto, de financiación pública o concertados en los que se prescriban medicamentos o productos sanitarios.

Justificación documental de la disponibilidad jurídica del local.

Proyecto de obra redactado por técnico competente y visado, si procede, por su correspondiente colegio profesional relativo al nuevo local que debe contener:

- Memoria del proyecto que especifique el cumplimiento de la normativa de accesibilidad y eliminación de barreras arquitectónicas.

- Certificaciones del cumplimiento de la normativa en materia de urbanismo, construcciones, instalaciones y



## Castilla-La Mancha

### Consejería de Sanidad

Dirección General de Planificación,

Ordenación e Inspección Sanitaria.

Avda. de Francia, 4

45071 - Toledo

seguridad.

- Plano de conjunto y detalle especificando las diferentes zonas de que consta la oficina de farmacia.

- Planos de instalaciones.

### 3. Para la solicitud de autorización de traslado forzoso definitivo, además de la documentación exigida en el traslado voluntario:

Documento que acredite la causa alegada.

### 4. Para la solicitud de autorización de traslado forzoso provisional, además de la documentación exigida en el traslado voluntario:

Documentación acreditativa de la causa que impide la continuidad de la actividad farmacéutica en el local donde se venía ejerciendo.

Si el local para el traslado provisional tiene menos de 60 m<sup>2</sup>, documentación acreditativa de la superficie útil del local de procedencia.

## PAGO DE TASAS

Este procedimiento conlleva una tasa de **500,96 €**

Podrá acreditar el pago realizado:

Electrónicamente, mediante la referencia.

Haga clic aquí para escribir texto.

Adjuntando copia del modelo 046, cumplimentado por la entidad bancaria.

Firma

En Haga clic aquí. , a Haga clic aquí. de Haga clic aquí. de 20 Haga clic aquí.

### Direcciones Provinciales de la Consejería de Sanidad:

ALBACETE. Código. DIR 3: A08014322

CIUDAD REAL. Código. DIR 3: A08014323

CUENCA. Código. DIR 3: A08014324

GUADALAJARA. Código. DIR 3: A08014325

TOLEDO. Código. DIR 3: A08014326



Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 - Toledo

Código SIACI

SK7E

**ALEGACIONES DE FARMACÉUTICO TITULAR AFECTADO EN EL PROCEDIMIENTO 010046, TRAMITE SJUN, DE AUTORIZACIÓN DE TRASLADO DE OFICINA DE FARMACIA**

**DATOS DEL FARMACÉUTICO**

NIF  NIE  Número de documento:

Nombre:  1º Apellido:  2º Apellido:

Domicilio:

Población:  C.P.:  Provincia:

Teléfono:  Teléfono móvil:  Correo electrónico:

**El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el aviso de notificación.**

**DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE**

**Obligatoriamente en caso de cotitularidad se debe designar una persona representante, pudiendo ser uno de los cotitulares**

NIF  NIE  Número de documento:

Nombre:  1º Apellido:  2º Apellido:

Domicilio:

Población:  C.P.:  Provincia:

Teléfono:  Teléfono móvil:  Correo electrónico:

**Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.**

**MEDIO POR EL QUE RECIBIRÁ LA NOTIFICACIÓN**

Notificación electrónica (Al estar obligado a la notificación electrónica debe usted registrarse en la Plataforma <https://notifica.jccm.es/notifica> y comprobar que sus datos son correctos.)



## Castilla-La Mancha

**Consejería de Sanidad**  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 - Toledo

### INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS

<b>Responsable</b>	<i>Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria de la Consejería de Sanidad</i>
<b>Finalidad</b>	<i>Gestionar el Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios</i>
<b>Legitimación</b>	<i>Ejercicio de poderes públicos y desarrollo de funciones públicas (Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha)</i>
<b>Destinatarios</b>	<i>Existe cesión de datos</i>
<b>Derechos</b>	<i>Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional</i>
<b>Información adicional</b>	<i>Puede solicitarla en la dirección de correo: <a href="mailto:protecciondatos@jccm.es">protecciondatos@jccm.es</a></i>

### CONTENIDO DE LAS ALEGACIONES

ASUNTO: Traslado de oficina de farmacia.

PRESENTACIÓN DE ALEGACIONES SOBRE EL TRASLADO:

Haga clic aquí.



## Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 - Toledo

### ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS

#### Declaraciones responsables:

La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada o entidad que se indica, declara expresamente que:

- Cumple los requisitos exigidos que figuran en el Decreto 102/2006, de 12 de septiembre, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines y se compromete a seguir cumpliéndolos mientras se mantenga la actividad.

**Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud**, comprometiéndose a probar documentalmente los mismos cuando se le requiera para ello.

Igualmente la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.

#### Autorizaciones:

Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, esta Consejería va a proceder a verificar todos estos datos, salvo que usted no autorice expresamente dicha comprobación.

**NO:** Los acreditativos de identidad.

**NO:** Los siguientes datos o documentos emitidos por la Administración Regional:

Haga clic aquí para escribir texto.

Haga clic aquí para escribir texto.

Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, esta Consejería va a proceder a verificar los datos o documentos que se encuentren en poder de la Administración, y que usted señale a continuación:

Documento:  presentado con fecha:  ante la unidad:  de la Administración:

Documento:  presentado con fecha:  ante la unidad:  de la Administración:

En el supuesto de que no autorice a esta Consejería a consultar alguno de los anteriores documentos, señale expresamente:

Haga clic aquí para escribir texto.

Haga clic aquí para escribir texto.

En el caso de no autorizar la comprobación de los datos anteriores, se compromete a aportar la documentación pertinente.

Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos:

Poder de representación, en su caso.

Otros documentos.

Haga clic aquí para escribir texto.

Haga clic aquí para escribir texto.

Haga clic aquí para escribir texto.



## Castilla-La Mancha

**Consejería de Sanidad**  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 - Toledo

### PAGO DE TASAS

Este procedimiento no conlleva tasa.

Firma

En [Haga clic aquí.](#) , a [Haga clic aquí.](#) de [Haga clic aquí.](#) de 20 [Haga clic aquí.](#)

#### **Direcciones Provinciales de la Consejería de Sanidad:**

- ALBACETE. Código DIR 3: A08014322
- CIUDAD REAL. Código DIR 3: A08014323
- CUENCA. Código DIR 3: A08014324
- GUADALAJARA. Código DIR 3: A08014325
- TOLEDO. Código DIR 3: A08014326



FICHA SIACI A CUMPLIMENTAR POR LOS ÓRGANOS GESTORES

**INFORMACIÓN RELATIVA AL PROCEDIMIENTO**

Número (6 dígitos a cumplimentar por IGS)

**Familia** (elegir entre 21 posibilidades)

<input checked="" type="radio"/> 01 Comunicaciones previas, autorizaciones y licencias	<input type="radio"/> 08 Conciliación, mediación y arbitraje	<input type="radio"/> 15 Convenios
<input type="radio"/> 02 Registro	<input type="radio"/> 09 Quejas y sugerencias, consultas y reclamaciones	<input type="radio"/> 16 Tesorería y deuda
<input type="radio"/> 03 Ayudas, subvenciones, becas, premios y cursos	<input type="radio"/> 10 Elaboración de disposiciones	<input type="radio"/> 17 Tributarios y de otros ingresos de derecho público
<input type="radio"/> 04 Evaluación, informes, declaración, acreditaciones y certificaciones	<input type="radio"/> 11 Selección y contratación de personal	<input type="radio"/> 18 Recursos Humanos
<input type="radio"/> 05 Expropiación y revisión	<input type="radio"/> 12 Prestaciones Sociales y sanitarias	<input type="radio"/> 19 Operaciones con bienes
<input type="radio"/> 06 Contratación Pública	<input type="radio"/> 13 Responsabilidad patrimonial	<input type="radio"/> 20 Protección de menores
<input type="radio"/> 07 Sancionador	<input type="radio"/> 14 Recursos, revisión de oficio y reclamaciones previas	<input type="radio"/> 21 Publicaciones

**Nombre** procedimiento: Autorización de cierre de oficina de farmacia.

**Consejería o Ente** vinculado o dependiente: Sanidad

**Normativa:** Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha, modificada por la Ley 2/2015, de 19 de febrero.  
Decreto XXXXX, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines.  
Decreto 23/2013, de 26 de abril, por el que se establecen los horarios de atención al público, servicios de urgencia y vacaciones de las oficinas de farmacia y botiquines en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha.

**Plazo máximo de resolución:** 3 meses con carácter general y 1 mes en los supuestos de cierre temporal voluntario por motivos profesionales o personales y en el caso de cierre temporal forzoso.

**Sentido del silencio:** Estimatorio



**INFORMACIÓN RELATIVA A LOS TRÁMITES**

**CÓDIGO** solicitar a [atencion@jccm.es](mailto:atencion@jccm.es) (4 caracteres)

SJUO

Se ruega antes de crear un nuevo código, revisar si el procedimiento que se quiere dar de alta ya existe, para evitar duplicidades.

Esta ficha también debe cumplimentarse en caso de modificación de un trámite ya existente. En caso de propuesta de baja bastará poner el código e indicar dicha intención en el correo de remisión.

En caso de duda se ruega plantearla a [atencion@jccm.es](mailto:atencion@jccm.es), que es la dirección de correo de Atención e Información Ciudadana (Inspección General de Servicios).

**TÍTULO DEL TRÁMITE** No hace falta anteponer expresiones tales como solicitud. Evitar en lo posible referencia a años concretos (195 caracteres)

Autorización de cierre de oficina de farmacia.

**PLAZO DE PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES** En las sujetas a plazo poner una fecha de inicio y fecha de fin. (255 caracteres)

Todo el año.

En cierres temporales:

- por motivos profesionales o personales, con antelación mínima de un mes a la fecha propuesta para el cierre.
- por obra, desalojo o pérdida de disponibilidad del local, en 15 días siguientes a la comunicación del cierre

**OBJETO** Definir siempre de forma somera y precisa la actuación de la Administración. (500 caracteres)

Autorizar el cierre temporal o definitivo de oficina de farmacia.

No contempla el procedimiento de cierre por vacaciones, regulado mediante Decreto 23/2013, de 26 de abril; ni el cierre temporal voluntario por modificación con obras, que se realiza mediante el procedimiento nº 010044 con código SIACI SJUL.

**DESTINATARIOS** En el supuesto de no coincidir Solicitante/s y Beneficiario/s, por ejemplo en materia de ayudas y subvenciones, figurará en primer lugar la información de Solicitante/s y de forma separada la de Beneficiario/s. (1000 caracteres)

Farmacéuticos titulares de oficina de farmacia.



**REQUISITOS EXIGIDOS** ( Poner sólo los más relevantes). (1000 caracteres)

**IMPORTES** (1000 caracteres)

Tasa: 236,04 euros.

**CRITERIOS** (DE RESOLUCIÓN 500 caracteres)



**DOCUMENTACIÓN A APORTAR** Se refiere a la que debe acompañar a la solicitud inicial. Incluir, en su caso, la información relativa a los supuestos en los que puede no aportarse inicialmente (2000 caracteres)

- Poder de representación, en su caso.
- Documentación justificativa de la causa del cierre, en su caso.
- En caso de cierre temporal forzoso por obras debido a causas involuntarias o desalojo del edificio:
  - Documentación acreditativa de la superficie útil del local donde se venía ejerciendo la actividad.
  - Documentación acreditativa de la imposibilidad de encontrar local en casos de núcleos de población con una única oficina de farmacia.
- En caso de cierre temporal por pérdida de disponibilidad del local:
  - Documentación acreditativa de la imposibilidad de encontrar local en casos de núcleos de población con una única oficina de farmacia.

**TASAS:**     NO     SI (Importe)   

**LUGAR DE PRESENTACIÓN** Incluir lugares y formas de presentación: telemática, teléfono 012, fax..... (500 caracteres, desde 21-09-2011)

La solicitud se deberá presentar telemáticamente con firma electrónica ante el Registro de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha según el formulario publicado en la sede electrónica de la Junta ([www.jccm.es](http://www.jccm.es)).

**INFORMACIÓN ADICIONAL** Si se ofrece algún contacto para aclarar dudas, correo electrónico, teléfono o dirección postal, debe incluirse aquí (1000 caracteres)

En caso de farmacia única en un núcleo de población, la Dirección Provincial podrá demorar el cierre definitivo por un plazo máximo de 6 meses, hasta la apertura de un botiquín.

Actuaciones posteriores al cierre:

- Si existe cierre temporal voluntario por motivos profesionales o personales: para el reinicio de actividad cuando el cierre ha sido superior a 3 meses o se reinicia la actividad antes de la fecha prevista en la autorización de cierre se comunicará el reinicio mediante el formulario SK7E del procedimiento 010047.
- Si existe cierre forzoso por obras por causas involuntarias o desalojo del edificio: antes del fin de plazo máximo autorizado para el cierre se debe solicitar autorización de funcionamiento en la ubicación de origen (Trámite Siaci SJUK)
- Si existe cierre temporal por pérdida de disponibilidad del local: Antes del fin de plazo máximo autorizado para el cierre se debe solicitar la autorización de traslado forzoso definitivo (Trámite Siaci SJUN)



**MARCO LEGAL** (2000 caracteres)

Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha, modificada por la Ley 2/2015, de 19 de febrero.  
Decreto xxxxx, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines.  
Decreto 23/2013, de 26 de abril, por el que se establecen los horarios de atención al público, servicios de urgencia y vacaciones de las oficinas de farmacia y botiquines en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha.

**RECURSOS** Se refiere a los recursos contra la resolución concreta, no contra la disposición reguladora (1000 caracteres)

Recurso de alzada en el plazo de un mes ante la persona titular de la Consejería de Sanidad.

**CÓDIGO DE APLICACIÓN (Código K2)** Código que identifica la aplicación por la que se realiza la tramitación

2354

**UNIDAD ORGÁNICA COMPETENTE** Consejería, y además, el centro directivo que tenga asignada esta materia según el respectivo Decreto de estructura orgánica y competencias o similar, como Viceconsejería, Dirección General. Sólo puede ponerse un centro (255 caracteres)

Consejería de Sanidad. Dirección Provincial de Sanidad.

**EN SU CASO, DIRECCIÓN WEB DONDE SE VA A UBICAR EL FORMULARIO PARA LA TRAMITACIÓN ELECTRÓNICA** (255 caracteres)

<http://www.jccm.es>

**UNIDAD/ES ORGÁNICAS DÓNDE SE DESEA RECIBIR LA DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTE EN LOS REGISTROS PÚBLICOS** (255 caracteres)

Direcciones Provinciales de la Consejería de Sanidad.



Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 - Toledo

Nº Procedimiento

010047

Código SIACI

SJUO

## SOLICITUD AUTORIZACIÓN DE CIERRE DE OFICINA DE FARMACIA

### DATOS DEL FARMACÉUTICO SOLICITANTE

NIF  NIE  Número de documento:

Nombre:  1º Apellido:  2º Apellido:

Domicilio:

Población:  C.P.:  Provincia:

Teléfono:  Teléfono móvil:  Correo electrónico:

El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el aviso de notificación.

### DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE

Obligatoriamente en caso de cotitularidad se debe designar una persona representante, pudiendo ser uno de los cotitulares.

NIF  NIE  Número de documento:

Domicilio:

Población:  C.P.:  Provincia:

Teléfono:  Teléfono móvil:  Correo electrónico:

Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.

### MEDIO POR EL QUE RECIBIRÁ LA NOTIFICACIÓN

Notificación electrónica (Al estar obligado a la notificación electrónica debe usted registrarse en la Plataforma <https://notifica.jccm.es/notifica> y comprobar que sus datos son correctos.)

### INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable	Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria de la Consejería de Sanidad
Finalidad	Gestionar el Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios
Legitimación	Ejercicio de poderes públicos y desarrollo de funciones públicas (Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha)
Destinatarios	Existe cesión de datos
Derechos	Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional
Información adicional	Puede solicitarla en la dirección de correo: <a href="mailto:protecciondatos@jccm.es">protecciondatos@jccm.es</a>



## Castilla-La Mancha

**Consejería de Sanidad**  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 - Toledo

### DATOS DE SOLICITUD

ASUNTO: Cierre de oficina de farmacia.

SOLICITA: La autorización administrativa de:

- Cierre temporal voluntario de la oficina de farmacia por motivos profesionales o personales.
- Cierre temporal forzoso de la oficina de farmacia:
  - Por obras debido a causas involuntarias que requieran el cierre.
  - Por desalojo del edificio.
  - Pérdida de disponibilidad del local.
- Cierre definitivo de la oficina de farmacia.

En caso de cierre temporal voluntario por obras de la oficina de farmacia se deberá utilizar la solicitud de autorización de modificación (Código SIACI: SJUL)

### CAUSA JUSTIFICATIVA DEL CIERRE

Haga clic aquí para escribir texto.

### DATOS DE LA OFICINA DE FARMACIA

Denominación:  N° oficina de farmacia:

Domicilio:

Población:  C.P.:  Provincia:

Teléfono:  Teléfono móvil:  Correo electrónico:

### ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS

#### Declaraciones responsables:

La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada o entidad que se indica, declara expresamente que:



## Castilla-La Mancha

**Consejería de Sanidad**  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 - Toledo

- Cumple los requisitos exigidos que figuran en el Decreto 102/2006, de 12 de septiembre, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines y se compromete a seguir cumpliéndolos mientras se mantenga la actividad.

En caso de cierre temporal voluntario por motivos profesionales o personales el plazo del cierre será:

En caso de cierre temporal forzoso, el plazo del cierre será:

Me comprometo al reinicio de la actividad en la ubicación de origen en caso de cierre temporal forzoso por obras debido a causas involuntarias o desalojo del edificio.

Me comprometo al reinicio de la actividad en el mismo núcleo de población en caso de cierre temporal forzoso por pérdida de disponibilidad del local

**Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud**, comprometiéndose a probar documentalmente los mismos cuando se le requiera para ello.

Igualmente la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.

### Autorizaciones:

**Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, esta Consejería va a proceder a verificar todos estos datos, salvo que usted no autorice expresamente dicha comprobación.**

**NO:** Los acreditativos de identidad.

**NO:** Los siguientes datos o documentos emitidos por la Administración Regional:

**Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, esta Consejería va a proceder a verificar los datos o documentos que se encuentren en poder de la Administración, y que usted señale a continuación:**

Documento:  presentado con fecha:  ante la unidad:  de la Administración:

Documento:  presentado con fecha:  ante la unidad:  de la Administración:

En el supuesto de que no autorice a esta Consejería a consultar alguno de los anteriores documentos, señale expresamente:

**En el caso de no autorizar la comprobación de los datos anteriores, se compromete a aportar la documentación pertinente.**



## Castilla-La Mancha

### Consejería de Sanidad

Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 - Toledo

#### Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos:

- Poder de representación, en su caso.
- Documentación justificativa de la causa del cierre, en su caso.

- En caso de cierre temporal forzoso por obras debido a causas involuntarias o desalojo del edificio:

- Documentación acreditativa de la superficie útil del local donde se venía ejerciendo la actividad.
- Documentación acreditativa de la imposibilidad de encontrar local en casos de núcleos de población con una única oficina de farmacia.

- En caso de cierre temporal por pérdida de disponibilidad del local:

- Documentación acreditativa de la imposibilidad de encontrar local en casos de núcleos de población con una única oficina de farmacia.

### PAGO DE TASAS

Este procedimiento conlleva una tasa de **236,04 euros**.

Podrá acreditar el pago realizado:

- Electrónicamente, mediante la referencia.
- Adjuntando copia del modelo 046, cumplimentado por la entidad bancaria.

Haga clic aquí para escribir texto.

Firma

En Haga clic aquí. , a Haga clic aquí. de Haga clic aquí. de 20 Haga clic aquí.

#### Direcciones Provinciales de la Consejería de Sanidad:

- ALBACETE. Código. DIR 3: A08014322
- CIUDAD REAL. Código. DIR 3: A08014323
- CUENCA. Código. DIR 3: A08014324
- GUADALAJARA. Código. DIR 3: A08014325
- TOLEDO. Código. DIR 3: A08014326

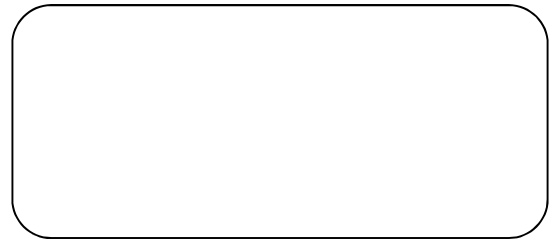


Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 - Toledo

Código SIACI

SK7E



**COMUNICACIÓN DE REINICIO DE ACTIVIDAD EN EL PROCEDIMIENTO 010047, TRAMITE SJUO, TRAS EL CIERRE TEMPORAL POR MOTIVOS PERSONALES O PROFESIONALES**

**DATOS DEL FARMACÉUTICO SOLICITANTE**

NIF  NIE  Número de documento:

Nombre:  1º Apellido:  2º Apellido:

Domicilio:

Población:  C.P.:  Provincia:

Teléfono:  Teléfono móvil:  Correo electrónico:

**El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el aviso de notificación.**

**DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE**

**Obligatoriamente en caso de cotitularidad se debe designar una persona representante, pudiendo ser uno de los cotitulares.**

Nombre:  1º Apellido:  2º Apellido:

Domicilio:

Población:  C.P.:  Provincia:

Teléfono:  Teléfono móvil:  Correo electrónico:

**Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.**

**INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS**

<b>Responsable</b>	<i>Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria de la Consejería de Sanidad</i>
<b>Finalidad</b>	<i>Gestionar el Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios</i>
<b>Legitimación</b>	<i>Ejercicio de poderes públicos y desarrollo de funciones públicas (Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha)</i>
<b>Destinatarios</b>	<i>Existe cesión de datos</i>
<b>Derechos</b>	<i>Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional</i>
<b>Información adicional</b>	<i>Puede solicitarla en la dirección de correo: protecciondatos@jccm.es</i>



## Castilla-La Mancha

**Consejería de Sanidad**  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 - Toledo

### DATOS DE SOLICITUD

ASUNTO: Cierre temporal por motivos profesionales o personales.

#### COMUNICA:

- El reinicio de la actividad de la oficina de farmacia tras el cierre temporal autorizado.

Se reinicia tras el cierre autorizado superior a 3 meses

Se reinicia con anterioridad a la fecha señalada en la autorización de cierre: Haga clic aquí para escribir texto.

Observaciones: Señalar causa de anticipación de reinicio: Haga clic aquí.

- Y solicita visita de inspección.

### DATOS DE LA OFICINA DE FARMACIA

Denominación:  N° oficina de farmacia:

Domicilio:

Población:  C.P.:  Provincia:

Teléfono:  Teléfono móvil:  Correo electrónico:

### ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS

La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada o entidad que se indica, manifiesta expresamente que:

- Cumple los requisitos exigidos que figuran en el Decreto XXXXXXXX, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines y se compromete a seguir cumpliéndolos mientras se mantenga la actividad.

**Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud**, comprometiéndose a probar documentalmente los mismos cuando se le requiera para ello.

Igualmente la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.

#### Autorizaciones:

Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, esta Consejería va a proceder a verificar todos estos datos, salvo que usted no autorice expresamente dicha comprobación.

**NO:** Los acreditativos de identidad.

**NO:** Los siguientes datos o documentos emitidos por la Administración Regional:



## Castilla-La Mancha

**Consejería de Sanidad**  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 - Toledo

Haga clic aquí para escribir texto.

Haga clic aquí para escribir texto.

**Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, esta Consejería va a proceder a verificar los datos o documentos que se encuentren en poder de la Administración, y que usted señale a continuación:**

Documento:  presentado con fecha:  ante la unidad:  de la Administración:

Documento:  presentado con fecha:  ante la unidad:  de la Administración:

En el supuesto de que no autorice a esta Consejería a consultar alguno de los anteriores documentos, señale expresamente:

Haga clic aquí para escribir texto.

Haga clic aquí para escribir texto.

**En el caso de no autorizar la comprobación de los datos anteriores, se compromete a aportar la documentación pertinente.**

**Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos:**

- Poder de representación, en su caso.

### PAGO DE TASAS

Este procedimiento no conlleva tasa.

Firma

En  , a  de  de 20

#### Direcciones Provinciales de la Consejería de Sanidad:

- ALBACETE. Código DIR 3: A08014322  
 CIUDAD REAL. Código DIR 3: A08014323  
 CUENCA. Código DIR 3: A08014324  
 GUADALAJARA. Código DIR 3: A08014325  
 TOLEDO. Código DIR 3: A08014326



FICHA SIACI A CUMPLIMENTAR POR LOS ÓRGANOS GESTORES

**INFORMACIÓN RELATIVA AL PROCEDIMIENTO**

Número (6 dígitos a cumplimentar por IGS)

**Familia** (elegir entre 21 posibilidades)

<input checked="" type="radio"/> 01 Comunicaciones previas, autorizaciones y licencias	<input type="radio"/> 08 Conciliación, mediación y arbitraje	<input type="radio"/> 15 Convenios
<input type="radio"/> 02 Registro	<input type="radio"/> 09 Quejas y sugerencias, consultas y reclamaciones	<input type="radio"/> 16 Tesorería y deuda
<input type="radio"/> 03 Ayudas, subvenciones, becas, premios y cursos	<input type="radio"/> 10 Elaboración de disposiciones	<input type="radio"/> 17 Tributarios y de otros ingresos de derecho público
<input type="radio"/> 04 Evaluación, informes, declaración, acreditaciones y certificaciones	<input type="radio"/> 11 Selección y contratación de personal	<input type="radio"/> 18 Recursos Humanos
<input type="radio"/> 05 Expropiación y revisión	<input type="radio"/> 12 Prestaciones Sociales y sanitarias	<input type="radio"/> 19 Operaciones con bienes
<input type="radio"/> 06 Contratación Pública	<input type="radio"/> 13 Responsabilidad patrimonial	<input type="radio"/> 20 Protección de menores
<input type="radio"/> 07 Sancionador	<input type="radio"/> 14 Recursos, revisión de oficio y reclamaciones previas	<input type="radio"/> 21 Publicaciones

**Nombre** procedimiento: Comunicación de reinicio de actividad de oficina de farmacia tras cierre de oficio de la misma por la Administración.

**Consejería o Ente** vinculado o dependiente: Sanidad

**Normativa:** Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha, modificada por la Ley 2/2015, de 19 de febrero.  
Decreto XXXX, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines.

**Plazo máximo de resolución:**

**Sentido del silencio:**



**INFORMACIÓN RELATIVA A LOS TRÁMITES**

**CÓDIGO** solicitar a [atencion@jccm.es](mailto:atencion@jccm.es) (4 caracteres)

MKQO

Se ruega antes de crear un nuevo código, revisar si el procedimiento que se quiere dar de alta ya existe, para evitar duplicidades.

Esta ficha también debe cumplimentarse en caso de modificación de un trámite ya existente. En caso de propuesta de baja bastará poner el código e indicar dicha intención en el correo de remisión.

En caso de duda se ruega plantearla a [atencion@jccm.es](mailto:atencion@jccm.es), que es la dirección de correo de Atención e Información Ciudadana (Inspección General de Servicios).

**TÍTULO DEL TRÁMITE** No hace falta anteponer expresiones tales como solicitud. Evitar en lo posible referencia a años concretos (195 caracteres)

Comunicación de reinicio de actividad de oficina de farmacia tras cierre de oficio de la misma por la Administración

**PLAZO DE PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES** En las sujetas a plazo poner una fecha de inicio y fecha de fin. (255 caracteres)

Comunicación de reinicio de actividad tras cierre por:  
-Sanción: entre 2 meses y 15 días antes de la fecha de reinicio.  
-Razones de sanidad, higiene o seguridad: dentro del plazo señalado en la resolución de cierre.

**OBJETO** Definir siempre de forma somera y precisa la actuación de la Administración. (500 caracteres)

Comunicar el reinicio de actividad de oficina de farmacia cuando se haya producido el cierre temporal de la misma por resolución de oficio de la Administración por sanción o por razones de sanidad, higiene y seguridad, para que la Administración compruebe el cumplimiento de la normativa.

**DESTINATARIOS** En el supuesto de no coincidir Solicitante/s y Beneficiario/s, por ejemplo en materia de ayudas y subvenciones, figurará en primer lugar la información de Solicitante/s y de forma separada la de Beneficiario/s. (1000 caracteres)

Farmacéuticos titulares de oficinas de farmacia.



**REQUISITOS EXIGIDOS** ( Poner sólo los más relevantes). (1000 caracteres)

**IMPORTES** (1000 caracteres)

No conlleva tasas.

**CRITERIOS** (DE RESOLUCIÓN 500 caracteres)



**DOCUMENTACIÓN A APORTAR** Se refiere a la que debe acompañar a la solicitud inicial. Incluir, en su caso, la información relativa a los supuestos en los que puede no aportarse inicialmente (2000 caracteres)

Documentación acreditativa de la representación de acuerdo con el artículo 5.4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, en su caso.

**TASAS:**

NO

SI (Importe)

**LUGAR DE PRESENTACIÓN** Incluir lugares y formas de presentación: telemática, teléfono 012, fax..... (500 caracteres, desde 21-09-2011)

La comunicación se deberá presentar telemáticamente con firma electrónica ante el Registro de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha según el formulario publicado en la sede electrónica de la Junta ([www.jccm.es](http://www.jccm.es)).

**INFORMACIÓN ADICIONAL** Si se ofrece algún contacto para aclarar dudas, correo electrónico, teléfono o dirección postal, debe incluirse aquí (1000 caracteres)

En los cierres por sanción, cuando el cierre sea superior a tres meses para poder reiniciar la actividad se deberá solicitar visita de inspección.

**DIRECCIONES PROVINCIALES DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD:**

- ALBACETE. Avda. Guardia Civil, Nº 5. DP-02071.

Teléfono: 967 55 79 00

- CIUDAD REAL. C/ Paloma, Nº 7. DP-13071.

Teléfono: 926 27 60 00

- CUENCA. C/ de las Torres, Nº 43. DP-16071.

Teléfono: 969 17 65 00

- GUADALAJARA. C/ Doctor Fernández Iparraguirre, Nº 1. DP-19071.

Teléfono: 949 88 55 00

- TOLEDO. C/ Guadalmena, Nº 2. DP-45071.

Teléfono: 925 26 64 00



**MARCO LEGAL** (2000 caracteres)

Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha, modificada por la Ley 2/2015, de 19 de febrero.  
Decreto XXXX, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines.

**RECURSOS** Se refiere a los recursos contra la resolución concreta, no contra la disposición reguladora (1000 caracteres)

No procede.

**CÓDIGO DE APLICACIÓN (Código K2)** Código que identifica la aplicación por la que se realiza la tramitación

2354

**UNIDAD ORGÁNICA COMPETENTE** Consejería, y además, el centro directivo que tenga asignada esta materia según el respectivo Decreto de estructura orgánica y competencias o similar, como Viceconsejería, Dirección General. Sólo puede ponerse un centro (255 caracteres)

Consejería de Sanidad. Dirección Provincial de Sanidad.

**EN SU CASO, DIRECCIÓN WEB DONDE SE VA A UBICAR EL FORMULARIO PARA LA TRAMITACIÓN ELECTRÓNICA** (255 caracteres)

<http://www.jccm.es>

**UNIDAD/ES ORGÁNICAS DÓNDE SE DESEA RECIBIR LA DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTE EN LOS REGISTROS PÚBLICOS** (255 caracteres)

Direcciones Provinciales de la Consejería de Sanidad.



Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 – Toledo

Nº Procedimiento

010550

Código SIACI  
MKQO

**COMUNICACIÓN DE REINICIO DE ACTIVIDAD DE OFICINA DE FARMACIA TRAS CIERRE DE OFICIO DE LA MISMA POR LA ADMINISTRACIÓN**

**DATOS DEL TITULAR DE LA OFICINA DE FARMACIA**

NIF:  NIE:  Número de documento:

Nombre:  1º Apellido:  2º Apellido:

Domicilio:

Población:  C.P.:  Provincia:

Teléfono:  Teléfono móvil:  Correo electrónico:

El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el aviso de notificación.

**DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE**

Obligatoriamente en caso de cotitularidad se debe designar una persona representante, pudiendo ser uno de los cotitulares.

NIF  NIE  Número de documento:

Nombre:  1º Apellido:  2º Apellido:

Domicilio:

Población:  C.P.:  Provincia:

Teléfono:  Teléfono móvil:  Correo electrónico:

Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.

**MEDIO POR EL QUE RECIBIRÁ LA NOTIFICACIÓN**

Notificación electrónica (Al estar obligado a la notificación electrónica debe usted registrarse en la Plataforma <https://notifica.jccm.es/notifica> y comprobar que sus datos son correctos.)



Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad

Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 – Toledo

### INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS

<b>Responsable</b>	<i>Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria de la Consejería de Sanidad</i>
<b>Finalidad</b>	<i>Gestionar el Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios</i>
<b>Legitimación</b>	<i>Ejercicio de poderes públicos (Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha)</i>
<b>Destinatarios</b>	<i>Existe cesión de datos</i>
<b>Derechos</b>	<i>Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional</i>
<b>Información adicional</b>	<i>Puede solicitarla en la dirección de correo: protecciondatos@jccm.es</i>

### DATOS DE LA COMUNICACION

ASUNTO: Comunicación de reinicio de actividad de una oficina de farmacia tras cierre de oficio de la misma por la Administración.

COMUNICA:

- El reinicio de actividad de la oficina de farmacia tras cierre temporal forzoso por :

- Sanción.
- Razones de sanidad, higiene o seguridad.

Fecha de reinicio prevista: Haga clic aquí.

-  Solicita visita de inspección (obligatorio si el cierre por sanción es superior a tres meses)

### DATOS DE LA OFICINA DE FARMACIA

Denominación:

Dirección:

Población:

C.P.:

Provincia:

Teléfono:

Teléfono móvil:

Correo electrónico:

### ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS

**Declaraciones responsables:**

La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada o entidad que se indica, declara expresamente que:

- Cumple los requisitos exigidos que figuran en el Decreto **xxxxx**, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines y se compromete a seguir cumpliéndolos mientras se mantenga la actividad.



Castilla-La Mancha

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 – Toledo

**Que son ciertos los datos consignados en la presente comunicación**, comprometiéndose a probar documentalmente los mismos cuando se le requiera para ello.

Igualmente la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.

**Autorizaciones:**

Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, esta Consejería va a proceder a verificar todos estos datos, salvo que usted no autorice expresamente dicha comprobación.

- NO:** Los acreditativos de identidad.
- NO:** Los siguientes datos o documentos emitidos por la Administración Regional:

Haga clic aquí para escribir texto.
Haga clic aquí para escribir texto.

Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, esta Consejería va a proceder a verificar los datos o documentos que se encuentren en poder de la Administración, y que usted señale a continuación:

Documento:	<input type="text" value="Haga clic."/>	presentado con fecha:	<input type="text" value="Haga clic."/>	ante la unidad:	<input type="text" value="Haga clic."/>	de la Administración:	<input type="text" value="Haga clic."/>
Documento:	<input type="text" value="Haga clic."/>	presentado con fecha:	<input type="text" value="Haga clic."/>	ante la unidad:	<input type="text" value="Haga clic."/>	de la Administración:	<input type="text" value="Haga clic."/>

En el supuesto de que expresamente no autorice a esta Consejería a consultar alguno de los anteriores documentos, señale expresamente:

Haga clic aquí para escribir texto.
Haga clic aquí para escribir texto.

En el caso de no autorizar la comprobación de los datos anteriores, se compromete a aportar la documentación pertinente.

Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos:

- Documentación acreditativa de la representación de acuerdo con el artículo 5.4 de la Ley 39/2015, en su caso.

**PAGO DE TASAS**

Este procedimiento no conlleva tasa.

Firma



## Castilla-La Mancha

### Consejería de Sanidad

Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 – Toledo

En Haga clic aquí. , a Haga clic aquí. de Haga clic aquí. de 20 Haga clic aquí.

#### **Direcciones Provinciales de la Consejería de Sanidad:**

- ALBACETE. Código DIR 3: A08014322
- CIUDAD REAL. Código DIR 3: A08014323
- CUENCA. Código DIR 3: A08014324
- GUADALAJARA. Código DIR 3: A08014325
- TOLEDO. Código DIR 3: A08014326



FICHA SIACI A CUMPLIMENTAR POR LOS ÓRGANOS GESTORES

**INFORMACIÓN RELATIVA AL PROCEDIMIENTO**

Número (6 dígitos a cumplimentar por IGS)

**Familia** (elegir entre 21 posibilidades)

<input checked="" type="radio"/> 01 Comunicaciones previas, autorizaciones y licencias	<input type="radio"/> 08 Conciliación, mediación y arbitraje	<input type="radio"/> 15 Convenios
<input type="radio"/> 02 Registro	<input type="radio"/> 09 Quejas y sugerencias, consultas y reclamaciones	<input type="radio"/> 16 Tesorería y deuda
<input type="radio"/> 03 Ayudas, subvenciones, becas, premios y cursos	<input type="radio"/> 10 Elaboración de disposiciones	<input type="radio"/> 17 Tributarios y de otros ingresos de derecho público
<input type="radio"/> 04 Evaluación, informes, declaración, acreditaciones y certificaciones	<input type="radio"/> 11 Selección y contratación de personal	<input type="radio"/> 18 Recursos Humanos
<input type="radio"/> 05 Expropiación y revisión	<input type="radio"/> 12 Prestaciones Sociales y sanitarias	<input type="radio"/> 19 Operaciones con bienes
<input type="radio"/> 06 Contratación Pública	<input type="radio"/> 13 Responsabilidad patrimonial	<input type="radio"/> 20 Protección de menores
<input type="radio"/> 07 Sancionador	<input type="radio"/> 14 Recursos, revisión de oficio y reclamaciones previas	<input type="radio"/> 21 Publicaciones

**Nombre** procedimiento: Comunicación de elaboración de sistemas personalizados de dosificación en oficina de farmacia.

**Consejería o Ente** vinculado o dependiente: Sanidad

**Normativa:** Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha, modificada por la Ley 2/2015, de 19 de febrero.  
Decreto XXXXXXXX, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines.

**Plazo máximo de resolución:**

**Sentido del silencio:**



**INFORMACIÓN RELATIVA A LOS TRÁMITES**

**CÓDIGO** solicitar a [atencion@jccm.es](mailto:atencion@jccm.es) (4 caracteres)

ML43

Se ruega antes de crear un nuevo código, revisar si el procedimiento que se quiere dar de alta ya existe, para evitar duplicidades.

Esta ficha también debe cumplimentarse en caso de modificación de un trámite ya existente. En caso de propuesta de baja bastará poner el código e indicar dicha intención en el correo de remisión.

En caso de duda se ruega plantearla a [atencion@jccm.es](mailto:atencion@jccm.es), que es la dirección de correo de Atención e Información Ciudadana (Inspección General de Servicios).

**TÍTULO DEL TRÁMITE** No hace falta anteponer expresiones tales como solicitud. Evitar en lo posible referencia a años concretos (195 caracteres)

Comunicación de elaboración de sistemas personalizados de dosificación en oficina de farmacia.

**PLAZO DE PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES** En las sujetas a plazo poner una fecha de inicio y fecha de fin. (255 caracteres)

Abierto todo el año.

**OBJETO** Definir siempre de forma somera y precisa la actuación de la Administración. (500 caracteres)

Comunicar el inicio o cese de la elaboración de sistemas personalizados de dosificación en la oficina de farmacia.

**DESTINATARIOS** En el supuesto de no coincidir Solicitante/s y Beneficiario/s, por ejemplo en materia de ayudas y subvenciones, figurará en primer lugar la información de Solicitante/s y de forma separada la de Beneficiario/s. (1000 caracteres)

Farmacéuticos titulares de oficina de farmacia.



**REQUISITOS EXIGIDOS** ( Poner sólo los más relevantes). (1000 caracteres)

Cumplir los requisitos que figuran en el Anexo I del Decreto XXXXX, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines y compromiso de seguir cumpliéndolos mientras se mantenga la actividad.

**IMPORTE** (1000 caracteres)

No conlleva tasas.

**CRITERIOS** (DE RESOLUCIÓN 500 caracteres)



**DOCUMENTACIÓN A APORTAR** Se refiere a la que debe acompañar a la solicitud inicial. Incluir, en su caso, la información relativa a los supuestos en los que puede no aportarse inicialmente (2000 caracteres)

- Poder de representación, en su caso.

**TASAS:**  NO  SI (Importe)

**LUGAR DE PRESENTACIÓN** Incluir lugares y formas de presentación: telemática, teléfono 012, fax..... (500 caracteres, desde 21-09-2011)

La solicitud se deberá presentar telemáticamente con firma electrónica ante el Registro de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha según el formulario publicado en la sede electrónica de la Junta ([www.jccm.es](http://www.jccm.es)).

**INFORMACIÓN ADICIONAL** Si se ofrece algún contacto para aclarar dudas, correo electrónico, teléfono o dirección postal, debe incluirse aquí (1000 caracteres)

**DIRECCIONES PROVINCIALES DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD:**

- |  |  |
|--|--|
| - ALBACETE. Avda. Guardia Civil, Nº 5. CP-02071.                 | Teléfono: 967 55 79 00 – Fax: 967 55 79 50 |
| - CIUDAD REAL. C/ Paloma, Nº 7. CP-13071.                        | Teléfono: 926 27 60 00 – Fax: 926 27 60 72 |
| - CUENCA. C/ de las Torres, Nº 43. CP-16071.                     | Teléfono: 969 17 65 00 – Fax: 969 17 65 06 |
| - GUADALAJARA. C/ Doctor Fernández Iparraguirre, Nº 1. CP-19071. | Teléfono: 949 88 55 00 – Fax: 949 21 68 65 |
| - TOLEDO. C/ Guadalmena, Nº 2. CP-45071.                         | Teléfono: 925 26 64 00 – Fax: 925 26 72 91 |



**MARCO LEGAL** (2000 caracteres)

Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha, modificada por la Ley 2/2015, de 19 de febrero.  
Decreto XXXXXX, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines.

**RECURSOS** Se refiere a los recursos contra la resolución concreta, no contra la disposición reguladora (1000 caracteres)

**CÓDIGO DE APLICACIÓN (Código K2)** Código que identifica la aplicación por la que se realiza la tramitación

2354

**UNIDAD ORGÁNICA COMPETENTE** Consejería, y además, el centro directivo que tenga asignada esta materia según el respectivo Decreto de estructura orgánica y competencias o similar, como Viceconsejería, Dirección General. Sólo puede ponerse un centro (255 caracteres)

Consejería de Sanidad. Dirección Provincial de sanidad.

**EN SU CASO, DIRECCIÓN WEB DONDE SE VA A UBICAR EL FORMULARIO PARA LA TRAMITACIÓN ELECTRÓNICA** (255 caracteres)

<http://www.jccm.es>

**UNIDAD/ES ORGÁNICAS DÓNDE SE DESEA RECIBIR LA DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTE EN LOS REGISTROS PÚBLICOS** (255 caracteres)

Direcciones Provinciales de la Consejería de Sanidad.



Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 – Toledo

Nº Procedimiento

010596

Código SIACI

ML43

**COMUNICACIÓN DE ELABORACIÓN DE SISTEMAS PERSONALIZADOS DE DOSIFICACIÓN EN LA OFICINA DE FARMACIA**

**DATOS DEL TITULAR DE LA OFICINA DE FARMACIA**

NIF  NIE  Número de documento:

Nombre:  1º Apellido:  2º Apellido:

Domicilio:

Población:  C.P.:  Provincia:

Teléfono:  Teléfono móvil:  Correo electrónico:

**El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el aviso de notificación.**

**DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE**

**Obligatoriamente en caso de cotitularidad se debe designar una persona representante, pudiendo ser uno de los cotitulares.**

NIF  NIE  Número de documento:

Nombre:  1º Apellido:  2º Apellido:

Domicilio:

Población:  C.P.:  Provincia:

Teléfono:  Teléfono móvil:  electrónico:

**Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.**

**MEDIO POR EL QUE RECIBIRÁ LA NOTIFICACIÓN**

Notificación electrónica (Al estar obligado a la notificación electrónica debe usted registrarse en la Plataforma <https://notifica.jccm.es/notifica> y comprobar que sus datos son correctos.)



Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad

Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 – Toledo

### INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS

<b>Responsable</b>	<i>Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria de la Consejería de Sanidad</i>
<b>Finalidad</b>	<i>Gestionar el Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios</i>
<b>Legitimación</b>	<i>Ejercicio de poderes públicos (Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha)</i>
<b>Destinatarios</b>	<i>Existe cesión de datos</i>
<b>Derechos</b>	<i>Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional</i>
<b>Información adicional</b>	<i>Puede solicitarla en la dirección de correo: <a href="mailto:protecciondatos@jccm.es">protecciondatos@jccm.es</a></i>

### DATOS DE LA COMUNICACIÓN

**ASUNTO:** Elaboración de sistemas personalizados de dosificación (SPD).

COMUNICA:

- Inicio de la elaboración de SPD.
- Cese de la elaboración de SPD.

### DATOS DE LA OFICINA DE FARMACIA

Denominación:

Dirección:

Población:  C.P.:  Provincia:

Teléfono:  Teléfono móvil:  Correo electrónico:



## ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS

### Declaración:

La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada o entidad que se indica, declara expresamente que:

- Cumple los requisitos exigidos que figuran en el Anexo I del Decreto **xxxxx**, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines y se compromete a seguir cumpliéndolos mientras se mantenga la actividad.

**Que son ciertos los datos consignados en la presente comunicación**, comprometiéndose a probar documentalmente los mismos cuando se le requiera para ello.

Igualmente la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.

### Autorizaciones:

**Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, esta Consejería va a proceder a verificar todos estos datos, salvo que usted no autorice expresamente dicha comprobación.**

**NO:** Los acreditativos de identidad.

**NO:** Los siguientes datos o documentos emitidos por la Administración Regional:

Haga clic aquí para escribir texto.

Haga clic aquí para escribir texto.

**Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, esta Consejería va a proceder a verificar los datos o documentos que se encuentren en poder de la Administración, y que usted señale a continuación:**

Documento:  presentado con fecha:  ante la unidad:  de la Administración:

Documento:  presentado con fecha:  ante la unidad:  de la Administración:

En el supuesto de que expresamente no autorice a esta Consejería a consultar alguno de los anteriores documentos, señale expresamente:

Haga clic aquí para escribir texto.



**Castilla-La Mancha**

**Consejería de Sanidad**  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 – Toledo

Haga clic aquí para escribir texto.

**En el caso de no autorizar la comprobación de los datos anteriores, se compromete a aportar la documentación pertinente.**

**Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos:**

Poder de representación, en su caso.

#### **PAGO DE TASAS**

Este procedimiento no conlleva tasa.

Firma

En Haga clic aquí. , a Haga clic aquí. de Haga clic aquí. de 20 Haga clic aquí.

#### **Direcciones Provinciales de la Consejería de Sanidad:**

- ALBACETE. Código. DIR 3: A08014322
- CIUDAD REAL. Código. DIR 3: A08014323
- CUENCA. Código. DIR 3: A08014324
- GUADALAJARA. Código. DIR 3: A08014325
- TOLEDO. Código. DIR 3: A08014326



FICHA SIACI A CUMPLIMENTAR POR LOS ÓRGANOS GESTORES

**INFORMACIÓN RELATIVA AL PROCEDIMIENTO**

<b>Número</b> (6 dígitos a cumplimentar por IGS)	010049	
<b>Familia</b> (elegir entre 21 posibilidades)		
<input checked="" type="radio"/> 01 Comunicaciones previas, autorizaciones y licencias	<input type="radio"/> 08 Conciliación, mediación y arbitraje	<input type="radio"/> 15 Convenios
<input type="radio"/> 02 Registro	<input type="radio"/> 09 Quejas y sugerencias, consultas y reclamaciones	<input type="radio"/> 16 Tesorería y deuda
<input type="radio"/> 03 Ayudas, subvenciones, becas, premios y cursos	<input type="radio"/> 10 Elaboración de disposiciones	<input type="radio"/> 17 Tributarios y de otros ingresos de derecho público
<input type="radio"/> 04 Evaluación, informes, declaración, acreditaciones y certificaciones	<input type="radio"/> 11 Selección y contratación de personal	<input type="radio"/> 18 Recursos Humanos
<input type="radio"/> 05 Expropiación y revisión	<input type="radio"/> 12 Prestaciones Sociales y sanitarias	<input type="radio"/> 19 Operaciones con bienes
<input type="radio"/> 06 Contratación Pública	<input type="radio"/> 13 Responsabilidad patrimonial	<input type="radio"/> 20 Protección de menores
<input type="radio"/> 07 Sancionador	<input type="radio"/> 14 Recursos, revisión de oficio y reclamaciones previas	<input type="radio"/> 21 Publicaciones
<b>Nombre</b> procedimiento: Autorización de farmacéutico regente.		
<b>Consejería o Ente</b> vinculado o dependiente: Sanidad		
<b>Normativa:</b> Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha, modificada por la Ley 2/2015, de 19 de febrero. Decreto xxxxxxx, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines.		
<b>Plazo máximo de resolución:</b> Tres meses		
<b>Sentido del silencio:</b> Estimatorio		



**INFORMACIÓN RELATIVA A LOS TRÁMITES**

**CÓDIGO** solicitar a [atencion@jccm.es](mailto:atencion@jccm.es) (4 caracteres)

SJUQ

Se ruega antes de crear un nuevo código, revisar si el procedimiento que se quiere dar de alta ya existe, para evitar duplicidades.

Esta ficha también debe cumplimentarse en caso de modificación de un trámite ya existente. En caso de propuesta de baja bastará poner el código e indicar dicha intención en el correo de remisión.

En caso de duda se ruega plantearla a [atencion@jccm.es](mailto:atencion@jccm.es), que es la dirección de correo de Atención e Información Ciudadana (Inspección General de Servicios).

**TÍTULO DEL TRÁMITE** No hace falta anteponer expresiones tales como solicitud. Evitar en lo posible referencia a años concretos (195 caracteres)

Autorización de farmacéutico regente.

**PLAZO DE PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES** En las sujetas a plazo poner una fecha de inicio y fecha de fin. (255 caracteres)

Abierto todo el año.  
Deberá presentarse en el plazo de diez días desde que se produzca la causa que da lugar a la caducidad de la autorización administrativa.

**OBJETO** Definir siempre de forma somera y precisa la actuación de la Administración. (500 caracteres)

Autorizar el nombramiento de farmacéutico regente de oficina de farmacia.

**DESTINATARIOS** En el supuesto de no coincidir Solicitante/s y Beneficiario/s, por ejemplo en materia de ayudas y subvenciones, figurará en primer lugar la información de Solicitante/s y de forma separada la de Beneficiario/s. (1000 caracteres)

Farmacéuticos titulares de oficina de farmacia y, en su caso, interesados y herederos.



**REQUISITOS EXIGIDOS** ( Poner sólo los más relevantes). (1000 caracteres)

Cumplir los requisitos que figuran en el Decreto XXXX, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines y compromiso de seguir cumpliéndolos mientras se mantenga la actividad.

**IMPORTES** (1000 caracteres)

Conlleva una tasa de 73,63 euros

**CRITERIOS** (DE RESOLUCIÓN 500 caracteres)



**DOCUMENTACIÓN A APORTAR** Se refiere a la que debe acompañar a la solicitud inicial. Incluir, en su caso, la información relativa a los supuestos en los que puede no aportarse inicialmente (2000 caracteres)

- Documentación acreditativa de la representación de acuerdo con el artículo 5.4 de la Ley 39/2015, en su caso.
- Documentación que justifique la causa de la regencia.
- Documentación que acredite, en su caso, la condición de heredero.
- En su caso, documentación acreditativa de lo establecido en el artículo 17.3 del Decreto XXX
- Declaración jurada del farmacéutico propuesto de no estar incluido en ninguno de los supuestos de incompatibilidad de la Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha.
- Certificado o compromiso de colegiación del regente.

**TASAS:**  NO  SI (Importe)

**LUGAR DE PRESENTACIÓN** Incluir lugares y formas de presentación: telemática, teléfono 012, fax..... (500 caracteres, desde 21-09-2011)

La solicitud se deberá presentar telemáticamente por los interesados, con firma electrónica, ante el Registro de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha mediante el formulario publicado en la sede electrónica de la Junta ([www.jccm.es](http://www.jccm.es)). En caso de los herederos del titular, podrán presentarla también en los demás lugares previstos en el artículo 16.4 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre.

**INFORMACIÓN ADICIONAL** Si se ofrece algún contacto para aclarar dudas, correo electrónico, teléfono o dirección postal, debe incluirse aquí (1000 caracteres)

**DIRECCIONES PROVINCIALES DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD:**

- |  |  |
|--|--|
| - ALBACETE. Avda. Guardia Civil, Nº 5. CP-02071.                 | Teléfono: 967 55 79 00 – Fax: 967 55 79 50 |
| - CIUDAD REAL. C/ Paloma, Nº 7. CP-13071.                        | Teléfono: 926 27 60 00 – Fax: 926 27 60 72 |
| - CUENCA. C/ de las Torres, Nº 43. CP-16071.                     | Teléfono: 969 17 65 00 – Fax: 969 17 65 06 |
| - GUADALAJARA. C/ Doctor Fernández Iparraguirre, Nº 1. CP-19071. | Teléfono: 949 88 55 00 – Fax: 949 21 68 65 |
| - TOLEDO. C/ Guadalmena, Nº 2. CP-45071.                         | Teléfono: 925 26 64 00 – Fax: 925 26 72 91 |



**MARCO LEGAL** (2000 caracteres)

Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha, modificada por la Ley 2/2015, de 19 de febrero.  
Decreto XXXXXXXXXX, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines.

**RECURSOS** Se refiere a los recursos contra la resolución concreta, no contra la disposición reguladora (1000 caracteres)

Recurso de alzada en el plazo de un mes ante la persona titular de la Consejería de Sanidad.

**CÓDIGO DE APLICACIÓN (Código K2)** Código que identifica la aplicación por la que se realiza la tramitación

2354

**UNIDAD ORGÁNICA COMPETENTE** Consejería, y además, el centro directivo que tenga asignada esta materia según el respectivo Decreto de estructura orgánica y competencias o similar, como Viceconsejería, Dirección General. Sólo puede ponerse un centro (255 caracteres)

Consejería de Sanidad. Dirección Provincial de Sanidad.

**EN SU CASO, DIRECCIÓN WEB DONDE SE VA A UBICAR EL FORMULARIO PARA LA TRAMITACIÓN ELECTRÓNICA** (255 caracteres)

<http://www.jccm.es>

**UNIDAD/ES ORGÁNICAS DÓNDE SE DESEA RECIBIR LA DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTE EN LOS REGISTROS PÚBLICOS** (255 caracteres)

Direcciones Provinciales de la Consejería de Sanidad.



Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 – Toledo

Nº Procedimiento

010049

Código SIACI

SJUQ

## SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE FARMACÉUTICO REGENTE

### DATOS DEL TITULAR DE LA OFICINA DE FARMACIA

NIF  NIE  Número de documento:

Nombre:  1º Apellido:  2º Apellido:

Domicilio:

Población:  C.P.:  Provincia:

Teléfono:  Teléfono móvil:  Correo electrónico:

**El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el aviso de notificación.**

### DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE

**Obligatoriamente en caso de cotitularidad se debe designar una persona representante, pudiendo ser uno de los cotitulares.**

NIF  NIE  Número de documento:

Nombre:  1º Apellido:  2º Apellido:

Domicilio:

Población:  C.P.:  Provincia:

Teléfono:  Teléfono móvil:  electrónico:

**Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.**

### MEDIO POR EL QUE RECIBIRÁ LA NOTIFICACIÓN

Notificación electrónica (Al estar obligado a la notificación electrónica debe usted registrarse en la Plataforma <https://notifica.jccm.es/notifica> y comprobar que sus datos son correctos.)



Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad

Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 – Toledo

### INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS

<b>Responsable</b>	<i>Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria de la Consejería de Sanidad</i>
<b>Finalidad</b>	<i>Gestionar el Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios</i>
<b>Legitimación</b>	<i>Ejercicio de poderes públicos (Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha)</i>
<b>Destinatarios</b>	<i>Existe cesión de datos</i>
<b>Derechos</b>	<i>Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional</i>
<b>Información adicional</b>	<i>Puede solicitarla en la dirección de correo: protecciondatos@jccm.es</i>

### DATOS DE LA SOLICITUD

**ASUNTO:** Farmacéutico regente.

SOLICITA: Autorización de farmacéutico regente de la oficina de farmacia por cualquiera de las siguientes causas:

- Fallecimiento.
- Incapacidad laboral permanente, total o absoluta.
- Declaración judicial de ausencia.

Proponiendo como farmacéutico regente a:

Nombre:  1º Apellido:  2º Apellido:

Hasta que se resuelva la solicitud de autorización del farmacéutico regente se propone como farmacéutico sustituto:

Nombre:  1º Apellido:  2º Apellido:

### DATOS DE LA OFICINA DE FARMACIA

Denominación:

Dirección:

Población:  C.P.:  Provincia:

Teléfono:  Teléfono móvil:  Correo electrónico:



## ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS

### Declaraciones responsables:

La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada o entidad que se indica, declara expresamente que:

- Cumple los requisitos exigidos que figuran en el Decreto **xxxx**, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines y se compromete a seguir cumpliéndolos mientras se mantenga la actividad.

**Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud**, comprometiéndose a probar documentalmente los mismos cuando se le requiera para ello.

Igualmente la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.

### Autorizaciones:

**Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, esta Consejería va a proceder a verificar todos estos datos, salvo que usted no autorice expresamente dicha comprobación.**

**NO:** Los acreditativos de identidad.

**NO:** El Título de Licenciado o Graduado en Farmacia.

**NO:** Los siguientes datos o documentos emitidos por la Administración Regional:

Haga clic aquí para escribir texto.

Haga clic aquí para escribir texto.

**Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, esta Consejería va a proceder a verificar los datos o documentos que se encuentren en poder de la Administración, y que usted señale a continuación:**

Documento:  presentado con fecha:  ante la unidad:  de la Administración:

Documento:  presentado con fecha:  ante la unidad:  de la Administración:

En el supuesto de que expresamente no autorice a esta Consejería a consultar alguno de los anteriores documentos, señale expresamente:

Haga clic aquí para escribir texto.

Haga clic aquí para escribir texto.



Castilla-La Mancha

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 – Toledo

**En el caso de no autorizar la comprobación de los datos anteriores, se compromete a aportar la documentación pertinente.**

**Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos:**

- Documentación acreditativa de la representación de acuerdo con el artículo 5.4 de la Ley 39/2015, en su caso.
- Documentación que justifique la causa de la regencia.
- Documentación que acredite, en su caso, la condición de heredero.
- En su caso, documentación acreditativa de lo establecido en el artículo 17.3 del Decreto....
- Declaración jurada del farmacéutico propuesto de no estar incluido en ninguno de los supuestos de incompatibilidad de la Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha.
- Certificado o compromiso de colegiación del regente.

**PAGO DE TASAS**

Este procedimiento conlleva una tasa de **73,63 euros**

Podrá acreditar el pago realizado:

- Electrónicamente, mediante la referencia.

Haga clic aquí para escribir texto.

- Presencialmente, adjuntando copia del modelo 046, cumplimentado por la entidad bancaria.

Firma

En Haga clic aquí. , a Haga clic aquí. de Haga clic aquí. de 20 Haga clic aquí.

**Direcciones Provinciales de la Consejería de Sanidad:**

- ALBACETE. Código. DIR 3: A08014322
- CIUDAD REAL. Código. DIR 3: A08014323
- CUENCA. Código. DIR 3: A08014324
- GUADALAJARA. Código. DIR 3: A08014325
- TOLEDO. Código. DIR 3: A08014326



FICHA SIACI A CUMPLIMENTAR POR LOS ÓRGANOS GESTORES

**INFORMACIÓN RELATIVA AL PROCEDIMIENTO**

Número (6 dígitos a cumplimentar por IGS)

**Familia** (elegir entre 21 posibilidades)

<input checked="" type="radio"/> 01 Comunicaciones previas, autorizaciones y licencias	<input type="radio"/> 08 Conciliación, mediación y arbitraje	<input type="radio"/> 15 Convenios
<input type="radio"/> 02 Registro	<input type="radio"/> 09 Quejas y sugerencias, consultas y reclamaciones	<input type="radio"/> 16 Tesorería y deuda
<input type="radio"/> 03 Ayudas, subvenciones, becas, premios y cursos	<input type="radio"/> 10 Elaboración de disposiciones	<input type="radio"/> 17 Tributarios y de otros ingresos de derecho público
<input type="radio"/> 04 Evaluación, informes, declaración, acreditaciones y certificaciones	<input type="radio"/> 11 Selección y contratación de personal	<input type="radio"/> 18 Recursos Humanos
<input type="radio"/> 05 Expropiación y revisión	<input type="radio"/> 12 Prestaciones Sociales y sanitarias	<input type="radio"/> 19 Operaciones con bienes
<input type="radio"/> 06 Contratación Pública	<input type="radio"/> 13 Responsabilidad patrimonial	<input type="radio"/> 20 Protección de menores
<input type="radio"/> 07 Sancionador	<input type="radio"/> 14 Recursos, revisión de oficio y reclamaciones previas	<input type="radio"/> 21 Publicaciones

**Nombre** procedimiento: Comunicación relativa a personal de oficina de farmacia (sustitutos, adjuntos o técnicos en farmacia y parafarmacia).

**Consejería o Ente** vinculado o dependiente: Sanidad

**Normativa:** Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha, modificada por la Ley 2/2015, de 19 de febrero.  
Decreto XXXXXXXX, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines.  
Decreto 23/2013, de 26 de abril, por el que se establecen los horarios de atención al público, servicios de urgencia y vacaciones de las oficinas de farmacia y botiquines en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha.

**Plazo máximo de resolución:**

**Sentido del silencio:**



**INFORMACIÓN RELATIVA A LOS TRÁMITES**

**CÓDIGO** solicitar a [atencion@jccm.es](mailto:atencion@jccm.es) (4 caracteres)

SJUP

Se ruega antes de crear un nuevo código, revisar si el procedimiento que se quiere dar de alta ya existe, para evitar duplicidades.

Esta ficha también debe cumplimentarse en caso de modificación de un trámite ya existente. En caso de propuesta de baja bastará poner el código e indicar dicha intención en el correo de remisión.

En caso de duda se ruega plantearla a [atencion@jccm.es](mailto:atencion@jccm.es), que es la dirección de correo de Atención e Información Ciudadana (Inspección General de Servicios).

**TÍTULO DEL TRÁMITE** No hace falta anteponer expresiones tales como solicitud. Evitar en lo posible referencia a años concretos (195 caracteres)

Comunicación relativa a personal de oficina de farmacia (sustitutos, adjuntos o técnicos en farmacia y parafarmacia).

**PLAZO DE PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES** En las sujetas a plazo poner una fecha de inicio y fecha de fin. (255 caracteres)

Abierto todo el año.

En caso de designación de sustituto: deberá hacerse con al menos 7 días de antelación, excepto por causa que no pueda preverse. Tras una causa sobrevenida bastará con la comunicación telefónica y la posterior presentación en 7 días.

**OBJETO** Definir siempre de forma somera y precisa la actuación de la Administración. (500 caracteres)

Comunicar el nombramiento o cese de farmacéutico sustituto, adjunto y técnico en farmacia y parafarmacia, con el fin de que la Administración supervise el cumplimiento de la normativa vigente y para su inscripción en el registro de personal.

**DESTINATARIOS** En el supuesto de no coincidir Solicitante/s y Beneficiario/s, por ejemplo en materia de ayudas y subvenciones, figurará en primer lugar la información de Solicitante/s y de forma separada la de Beneficiario/s. (1000 caracteres)

Farmacéuticos titulares de oficina de farmacia.



**REQUISITOS EXIGIDOS** ( Poner sólo los más relevantes). (1000 caracteres)

Cumplir los requisitos que figuran en el Decreto XXXXX, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines y se compromete a seguir cumpliéndolos mientras se mantenga la actividad.

En el caso de designación de sustituto, este debe cumplir los requisitos establecidos en el artículo 18.2 del Decreto XXX

**IMPORTE** (1000 caracteres)

No conlleva tasas.

**CRITERIOS** (DE RESOLUCIÓN 500 caracteres)



**DOCUMENTACIÓN A APORTAR** Se refiere a la que debe acompañar a la solicitud inicial. Incluir, en su caso, la información relativa a los supuestos en los que puede no aportarse inicialmente (2000 caracteres)

- Documentación acreditativa de la representación de acuerdo con el artículo 5.4 de la Ley 39/2015, en su caso.
- Documento-memoria en el que se indiquen los datos del personal contratado/cesado (artículo 15.2 del Decreto xxxx)
- En el caso de designación de sustituto, declaración responsable del sustituto de que no incurre en ninguno de los supuestos de incompatibilidad del artículo 80 de la Ley 5/2005, de 27 de junio y que permanecerá durante el periodo de ausencia del titular.

**TASAS:**  NO  SI (Importe)

**LUGAR DE PRESENTACIÓN** Incluir lugares y formas de presentación: telemática, teléfono 012, fax..... (500 caracteres, desde 21-09-2011)

La solicitud se deberá presentar telemáticamente con firma electrónica ante el Registro de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha según el formulario publicado en la sede electrónica de la Junta ([www.jccm.es](http://www.jccm.es)).

**INFORMACIÓN ADICIONAL** Si se ofrece algún contacto para aclarar dudas, correo electrónico, teléfono o dirección postal, debe incluirse aquí (1000 caracteres)

**DIRECCIONES PROVINCIALES DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD:**

- |  |  |
|--|--|
| - ALBACETE. Avda. Guardia Civil, Nº 5. CP-02071.                 | Teléfono: 967 55 79 00 – Fax: 967 55 79 50 |
| - CIUDAD REAL. C/ Paloma, Nº 7. CP-13071.                        | Teléfono: 926 27 60 00 – Fax: 926 27 60 72 |
| - CUENCA. C/ de las Torres, Nº 43. CP-16071.                     | Teléfono: 969 17 65 00 – Fax: 969 17 65 06 |
| - GUADALAJARA. C/ Doctor Fernández Iparraguirre, Nº 1. CP-19071. | Teléfono: 949 88 55 00 – Fax: 949 21 68 65 |
| - TOLEDO. C/ Guadalmena, Nº 2. CP-45071.                         | Teléfono: 925 26 64 00 – Fax: 925 26 72 91 |



**MARCO LEGAL** (2000 caracteres)

Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha, modificada por la Ley 2/2015, de 19 de febrero.  
Decreto XXXXXXXX, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines.  
Decreto 23/2013, de 26 de abril, por el que se establecen los horarios de atención al público, servicios de urgencia y vacaciones de las oficinas de farmacia y botiquines en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha.

**RECURSOS** Se refiere a los recursos contra la resolución concreta, no contra la disposición reguladora (1000 caracteres)

**CÓDIGO DE APLICACIÓN (Código K2)** Código que identifica la aplicación por la que se realiza la tramitación

2354

**UNIDAD ORGÁNICA COMPETENTE** Consejería, y además, el centro directivo que tenga asignada esta materia según el respectivo Decreto de estructura orgánica y competencias o similar, como Viceconsejería, Dirección General. Sólo puede ponerse un centro (255 caracteres)

Consejería de Sanidad. Dirección Provincial de Sanidad.

**EN SU CASO, DIRECCIÓN WEB DONDE SE VA A UBICAR EL FORMULARIO PARA LA TRAMITACIÓN ELECTRÓNICA** (255 caracteres)

<http://www.jccm.es>

**UNIDAD/ES ORGÁNICAS DÓNDE SE DESEA RECIBIR LA DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTE EN LOS REGISTROS PÚBLICOS** (255 caracteres)

Direcciones Provinciales de la Consejería de Sanidad.



Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 – Toledo

Nº Procedimiento

010048

Código SIACI  
SJUP

**COMUNICACIÓN RELATIVA A PERSONAL DE LA OFICINA DE FARMACIA (SUSTITUTOS, ADJUNTOS O TÉCNICOS DE FARMACIA O PARAFARMACIA).**

**DATOS DEL TITULAR DE LA OFICINA DE FARMACIA**

NIF <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Número de documento:	Haga clic aquí para escribir texto.				
Nombre:	Haga clic aquí.	1º Apellido:	Haga clic aquí.	2º Apellido:	Haga clic aquí.
Domicilio:	Haga clic aquí para escribir texto.				
Población:	Haga clic aquí para escribir texto.	C.P.:	Haga clic aquí.	Provincia:	Haga clic aquí.
Teléfono:	Haga clic aquí.	Teléfono móvil:	Haga clic aquí.	Correo electrónico:	Haga clic aquí.

**El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el aviso de notificación.**

**DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE**

**Obligatoriamente en caso de cotitularidad se debe designar una persona representante, pudiendo ser uno de los cotitulares.**

NIF <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Número de documento:	Haga clic aquí para escribir texto.				
Nombre:	Haga clic aquí.	1º Apellido:	Haga clic aquí.	2º Apellido:	Haga clic aquí.
Domicilio:	Haga clic aquí para escribir texto.				
Población:	Haga clic aquí para escribir texto.	C.P.:	Haga clic aquí.	Provincia:	Haga clic aquí.
Teléfono:	Haga clic aquí.	Teléfono móvil:	Haga clic aquí.	electrónico:	Haga clic aquí.

**MEDIO POR EL QUE RECIBIRÁ LA NOTIFICACIÓN**

Notificación electrónica (Al estar obligado a la notificación electrónica debe usted registrarse en la Plataforma <https://notifica.jccm.es/notifica> y comprobar que sus datos son correctos.)

**Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.**



Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad

Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 – Toledo

### INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS

<b>Responsable</b>	<i>Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria de la Consejería de Sanidad</i>
<b>Finalidad</b>	<i>Gestionar el Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios</i>
<b>Legitimación</b>	<i>Ejercicio de poderes públicos y desarrollo de funciones públicas (Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha)</i>
<b>Destinatarios</b>	<i>Existe cesión de datos</i>
<b>Derechos</b>	<i>Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional</i>
<b>Información adicional</b>	<i>Puede solicitarla en la dirección de correo: <a href="mailto:protecciondatos@jccm.es">protecciondatos@jccm.es</a></i>

### DATOS DE LA COMUNICACIÓN

**ASUNTO:** Nombramiento o cese del personal en la oficina de farmacia.

COMUNICA:

- Nombramiento  
 Cese

Del personal, para la supervisión por la Administración de la normativa vigente y su inscripción en el registro de personal:

Farmacéutico adjunto:

Nombre:  1º Apellido:  2º Apellido:

Farmacéutico sustituto:

Nombre:  1º Apellido:  2º Apellido:

Técnico en farmacia y parafarmacia:

Nombre:  1º Apellido:  2º Apellido:

### DATOS DE LA OFICINA DE FARMACIA

Denominación:	<input type="text" value="Haga clic aquí para escribir texto."/>				
Dirección:	<input type="text" value="Haga clic aquí para escribir texto."/>				
Población:	<input type="text" value="Haga clic aquí."/>	C.P.:	<input type="text" value="Haga clic aquí."/>	Provincia:	<input type="text" value="Haga clic aquí."/>
Teléfono:	<input type="text" value="Haga clic aquí."/>	Teléfono móvil:	<input type="text" value="Haga clic aquí."/>	Correo electrónico:	<input type="text" value="Haga clic aquí."/>



**ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS**

**Declaración:**

La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada o entidad que se indica, declara expresamente que:

- Cumple los requisitos exigidos que figuran en el Decreto **xxxxxx**, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines y se compromete a seguir cumpliéndolos mientras se mantenga la actividad.

**Que son ciertos los datos consignados en la presente comunicación**, comprometiéndose a probar documentalmente los mismos cuando se le requiera para ello.

**En el caso de designación de sustituto**, también

Que la causa de sustitución es la siguiente: Haga clic aquí para escribir texto.; y que dispone de la documentación acreditativa de la misma.

Que el sustituto no incurre en ninguno de los supuestos de incompatibilidad del artículo 80 de la Ley 5/2005, de 27 de junio y que permanecerá durante el periodo de ausencia del titular.

Igualmente la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.

**Autorizaciones:**

**Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, esta Consejería va a proceder a verificar todos estos datos, salvo que usted no autorice expresamente dicha comprobación.**

**NO:** Los acreditativos de identidad.

**NO:** Los siguientes datos o documentos emitidos por la Administración Regional:

Haga clic aquí para escribir texto.  
Haga clic aquí para escribir texto.

**Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, esta Consejería va a proceder a verificar los datos o documentos que se encuentren en poder de la Administración, y que usted señale a continuación:**

Documento:  presentado con fecha:  ante la unidad:  de la Administración:

Documento:  presentado con fecha:  ante la unidad:  de la Administración:

En el supuesto de que expresamente no autorice a esta Consejería a consultar alguno de los anteriores



Castilla-La Mancha

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 – Toledo

documentos, señale expresamente:

Haga clic aquí para escribir texto.

Haga clic aquí para escribir texto.

**En el caso de no autorizar la comprobación de los datos anteriores, se compromete a aportar la documentación pertinente.**

**Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos:**

- Poder de representación, en su caso.
- Documento-memoria en el que se indiquen los datos del personal contratado/cesado (artículo 15.2 del Decreto xxxx)
- En el caso de designación de sustituto, declaración responsable del sustituto de que no incurre en ninguno de los supuestos de incompatibilidad del artículo 80 de la Ley 5/2005, de 27 de junio y que permanecerá durante el periodo de ausencia del titular.

**PAGO DE TASAS**

Este procedimiento no conlleva tasa.

Firma

En Haga clic aquí. , a Haga clic aquí. de Haga clic aquí. de 20 Haga clic aquí.

**Direcciones Provinciales de la Consejería de Sanidad:**

- ALBACETE. Código. DIR 3: A08014322
- CIUDAD REAL. Código. DIR 3: A08014323
- CUENCA. Código. DIR 3: A08014324
- GUADALAJARA. Código. DIR 3: A08014325
- TOLEDO. Código. DIR 3: A08014326



FICHA SIACI A CUMPLIMENTAR POR LOS ÓRGANOS GESTORES

**INFORMACIÓN RELATIVA AL PROCEDIMIENTO**

Número (6 dígitos a cumplimentar por IGS)

**Familia** (elegir entre 21 posibilidades)

<input checked="" type="radio"/> 01 Comunicaciones previas, autorizaciones y licencias	<input type="radio"/> 08 Conciliación, mediación y arbitraje	<input type="radio"/> 15 Convenios
<input type="radio"/> 02 Registro	<input type="radio"/> 09 Quejas y sugerencias, consultas y reclamaciones	<input type="radio"/> 16 Tesorería y deuda
<input type="radio"/> 03 Ayudas, subvenciones, becas, premios y cursos	<input type="radio"/> 10 Elaboración de disposiciones	<input type="radio"/> 17 Tributarios y de otros ingresos de derecho público
<input type="radio"/> 04 Evaluación, informes, declaración, acreditaciones y certificaciones	<input type="radio"/> 11 Selección y contratación de personal	<input type="radio"/> 18 Recursos Humanos
<input type="radio"/> 05 Expropiación y revisión	<input type="radio"/> 12 Prestaciones Sociales y sanitarias	<input type="radio"/> 19 Operaciones con bienes
<input type="radio"/> 06 Contratación Pública	<input type="radio"/> 13 Responsabilidad patrimonial	<input type="radio"/> 20 Protección de menores
<input type="radio"/> 07 Sancionador	<input type="radio"/> 14 Recursos, revisión de oficio y reclamaciones previas	<input type="radio"/> 21 Publicaciones

**Nombre** procedimiento: Solicitud autorización de libros oficiales de oficina de farmacia

**Consejería o Ente** vinculado o dependiente: Sanidad

**Normativa:** Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha, modificada por la Ley 2/2015, de 19 de febrero.  
Decreto XXXXX, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines.

**Plazo máximo de resolución:** Tres meses

**Sentido del silencio:** Estimatorio.



**INFORMACIÓN RELATIVA A LOS TRÁMITES**

**CÓDIGO** solicitar a [atencion@jccm.es](mailto:atencion@jccm.es) (4 caracteres)

SL4M

Se ruega antes de crear un nuevo código, revisar si el procedimiento que se quiere dar de alta ya existe, para evitar duplicidades.

Esta ficha también debe cumplimentarse en caso de modificación de un trámite ya existente. En caso de propuesta de baja bastará poner el código e indicar dicha intención en el correo de remisión.

En caso de duda se ruega plantearla a [atencion@jccm.es](mailto:atencion@jccm.es), que es la dirección de correo de Atención e Información Ciudadana (Inspección General de Servicios).

**TÍTULO DEL TRÁMITE** No hace falta anteponer expresiones tales como solicitud. Evitar en lo posible referencia a años concretos (195 caracteres)

Solicitud autorización de libros oficiales de oficina de farmacia

**PLAZO DE PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES** En las sujetas a plazo poner una fecha de inicio y fecha de fin. (255 caracteres)

Abierto todo el año.

**OBJETO** Definir siempre de forma somera y precisa la actuación de la Administración. (500 caracteres)

Autorización de libros oficiales de oficina de farmacia, sea mediante diligenciación de los libros en soporte papel o mediante autorización de los libros en soporte electrónico.

**DESTINATARIOS** En el supuesto de no coincidir Solicitante/s y Beneficiario/s, por ejemplo en materia de ayudas y subvenciones, figurará en primer lugar la información de Solicitante/s y de forma separada la de Beneficiario/s. (1000 caracteres)

Farmacéuticos titulares de oficina de farmacia.



**REQUISITOS EXIGIDOS** ( Poner sólo los más relevantes). (1000 caracteres)

**IMPORTES** (1000 caracteres)

No conlleva tasa.

**CRITERIOS** (DE RESOLUCIÓN 500 caracteres)



**DOCUMENTACIÓN A APORTAR** Se refiere a la que debe acompañar a la solicitud inicial. Incluir, en su caso, la información relativa a los supuestos en los que puede no aportarse inicialmente (2000 caracteres)

- Poder de representación, en su caso.
- Libros en soporte papel para su diligenciación
- Certificado de validación del sistema informático que garantice la fiabilidad e integridad de los registros en caso de libros en soporte electrónico.

**TASAS:**

NO

SI (Importe)

**LUGAR DE PRESENTACIÓN** Incluir lugares y formas de presentación: telemática, teléfono 012, fax..... (500 caracteres, desde 21-09-2011)

La solicitud se presentará telemáticamente con firma electrónica ante el Registro de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha según el formulario publicado en la sede electrónica de la Junta ([www.jccm.es](http://www.jccm.es)).  
En el caso de solicitar la diligencia y sello de libros en papel (para su cumplimentación manual o informatizada) se deben aportar materialmente tales documentos en la Dirección Provincial.

**INFORMACIÓN ADICIONAL** Si se ofrece algún contacto para aclarar dudas, correo electrónico, teléfono o dirección postal, debe incluirse aquí (1000 caracteres)

DIRECCIONES PROVINCIALES DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD:  
ALBACETE. Avda. Guardia Civil, 5 – Tlf: 967 55 79 00  
CIUDAD REAL. C/ Paloma, 7 – Tlf: 926 27 60 00  
CUENCA. C/ de las Torres, 43 – Tlf: 969 17 65 00  
GUADALAJARA. C/ Doctor Fernández Iparraguirre, 1 – Tlf: 949 88 55 00  
TOLEDO. C/ Guadalmena, 2 – Tlf: 925 26 64 00



**MARCO LEGAL** (2000 caracteres)

Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha, modificada por la Ley 2/2015, de 19 de febrero.  
Decreto XXXXXX, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines.

**RECURSOS** Se refiere a los recursos contra la resolución concreta, no contra la disposición reguladora (1000 caracteres)

Recurso de alzada en el plazo de un mes ante la persona titular de la Consejería de Sanidad.

**CÓDIGO DE APLICACIÓN (Código K2)** Código que identifica la aplicación por la que se realiza la tramitación

2354

**UNIDAD ORGÁNICA COMPETENTE** Consejería, y además, el centro directivo que tenga asignada esta materia según el respectivo Decreto de estructura orgánica y competencias o similar, como Viceconsejería, Dirección General. Sólo puede ponerse un centro (255 caracteres)

Consejería de Sanidad. Dirección Provincial de Sanidad.

**EN SU CASO, DIRECCIÓN WEB DONDE SE VA A UBICAR EL FORMULARIO PARA LA TRAMITACIÓN ELECTRÓNICA** (255 caracteres)

<http://www.jccm.es>

**UNIDAD/ES ORGÁNICAS DÓNDE SE DESEA RECIBIR LA DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTE EN LOS REGISTROS PÚBLICOS** (255 caracteres)

Direcciones Provinciales de la Consejería de Sanidad.



Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 – Toledo

Nº Procedimiento

010597

Código SIACI  
SL4M

## SOLICITUD AUTORIZACIÓN DE LIBROS OFICIALES DE OFICINA DE FARMACIA

### DATOS DEL TITULAR DE LA OFICINA DE FARMACIA

NIF <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Número de documento:	Haga clic aquí para escribir texto.				
Nombre:	Haga clic aquí.	1º Apellido:	Haga clic aquí.	2º Apellido:	Haga clic aquí.
Domicilio:	Haga clic aquí para escribir texto.				
Población:	Haga clic aquí para escribir texto.	C.P.:	Haga clic aquí.	Provincia:	Haga clic aquí.
Teléfono:	Haga clic aquí.	Teléfono móvil:	Haga clic aquí.	Correo electrónico:	Haga clic aquí.

**El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el aviso de notificación.**

### DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE

**Obligatoriamente en caso de cotitularidad se debe designar una persona representante, pudiendo ser uno de los cotitulares.**

NIF <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Número de documento:	Haga clic aquí para escribir texto.				
Nombre:	Haga clic aquí.	1º Apellido:	Haga clic aquí.	2º Apellido:	Haga clic aquí.
Domicilio:	Haga clic aquí para escribir texto.				
Población:	Haga clic aquí para escribir texto.	C.P.:	Haga clic aquí.	Provincia:	Haga clic aquí.
Teléfono:	Haga clic aquí.	Teléfono móvil:	Haga clic aquí.	electrónico:	Haga clic aquí.

### MEDIO POR EL QUE RECIBIRÁ LA NOTIFICACIÓN

Notificación electrónica (Al estar obligado a la notificación electrónica debe usted registrarse en la Plataforma <https://notifica.jccm.es/notifica> y comprobar que sus datos son correctos.)

**Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.**



Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad

Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 – Toledo

### INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS

<b>Responsable</b>	<i>Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria de la Consejería de Sanidad</i>
<b>Finalidad</b>	<i>Gestionar el Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios</i>
<b>Legitimación</b>	<i>Ejercicio de poderes públicos y desarrollo de funciones públicas (Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha)</i>
<b>Destinatarios</b>	<i>Existe cesión de datos</i>
<b>Derechos</b>	<i>Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional</i>
<b>Información adicional</b>	<i>Puede solicitarla en la dirección de correo: <a href="mailto:protecciondatos@jccm.es">protecciondatos@jccm.es</a></i>

### DATOS DE LA SOLICITUD

**ASUNTO:** Autorización de libros oficiales de oficina de farmacia.

**SOLICITA:** La autorización de libros oficiales de oficina de farmacia, en concreto:

Respecto al  Libro recetario.

Libro de contabilidad de estupefacientes.

Libro de transacciones comerciales de medicamentos veterinarios.

Se solicita

La diligencia de la primera página de los libros en soporte papel y el sellado todas las páginas que tenga el libro.

La autorización para llevarlo en soporte electrónico.

### DATOS DE LA OFICINA DE FARMACIA

Denominación:	<input type="text" value="Haga clic aquí para escribir texto."/>				
Dirección:	<input type="text" value="Haga clic aquí para escribir texto."/>				
Población:	<input type="text" value="Haga clic aquí."/>	C.P.:	<input type="text" value="Haga clic aquí."/>	Provincia:	<input type="text" value="Haga clic aquí."/>
Teléfono:	<input type="text" value="Haga clic aquí."/>	Teléfono móvil:	<input type="text" value="Haga clic aquí."/>	Correo electrónico:	<input type="text" value="Haga clic aquí."/>



**ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS**

**Declaración:**

La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada o entidad que se indica, declara expresamente que:

- Cumple los requisitos exigidos que figuran en el Decreto **xxxxxx**, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines y se compromete a seguir cumpliéndolos mientras se mantenga la actividad.

**Que son ciertos los datos consignados en la presente comunicación**, comprometiéndose a probar documentalmente los mismos cuando se le requiera para ello.

Igualmente la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.

**Autorizaciones:**

**Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, esta Consejería va a proceder a verificar todos estos datos, salvo que usted no autorice expresamente dicha comprobación.**

**NO:** Los acreditativos de identidad.

**NO:** Los siguientes datos o documentos emitidos por la Administración Regional:

Haga clic aquí para escribir texto.  
Haga clic aquí para escribir texto.

**Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, esta Consejería va a proceder a verificar los datos o documentos que se encuentren en poder de la Administración, y que usted señale a continuación:**

Documento:  Haga clic. presentado con  Haga clic. ante la  Haga clic. de la  Haga clic. Administración:  Haga clic.

Documento:  Haga clic. presentado con  Haga clic. ante la  Haga clic. de la  Haga clic. Administración:  Haga clic.

En el supuesto de que expresamente no autorice a esta Consejería a consultar alguno de los anteriores documentos, señale expresamente:

Haga clic aquí para escribir texto.  
Haga clic aquí para escribir texto.

**En el caso de no autorizar la comprobación de los datos anteriores, se compromete a aportar la documentación pertinente.**



Castilla-La Mancha

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 – Toledo

**Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos:**

- Poder de representación, en su caso.
- Libros en soporte papel para su diligenciación (se aportarán materialmente ante la Dirección Provincial de Sanidad)
- Certificado de validación del sistema informático que garantice la fiabilidad e integridad de los registros ( en el caso de libros oficiales en soporte electrónico)

**PAGO DE TASAS**

Este procedimiento no conlleva tasa.

Firma

En Haga clic aquí. , a Haga clic aquí. de Haga clic aquí. de 20 Haga clic aquí.

**Direcciones Provinciales de la Consejería de Sanidad:**

- ALBACETE. Código. DIR 3: A08014322
- CIUDAD REAL. Código. DIR 3: A08014323
- CUENCA. Código. DIR 3: A08014324
- GUADALAJARA. Código. DIR 3: A08014325
- TOLEDO. Código. DIR 3: A08014326



FICHA SIACI A CUMPLIMENTAR POR LOS ÓRGANOS GESTORES

**INFORMACIÓN RELATIVA AL PROCEDIMIENTO**

<b>Número</b> (6 dígitos a cumplimentar por IGS)	010601	
<b>Familia</b> (elegir entre 21 posibilidades)		
<input checked="" type="radio"/> 01 Comunicaciones previas, autorizaciones y licencias	<input type="radio"/> 08 Conciliación, mediación y arbitraje	<input type="radio"/> 15 Convenios
<input type="radio"/> 02 Registro	<input type="radio"/> 09 Quejas y sugerencias, consultas y reclamaciones	<input type="radio"/> 16 Tesorería y deuda
<input type="radio"/> 03 Ayudas, subvenciones, becas, premios y cursos	<input type="radio"/> 10 Elaboración de disposiciones	<input type="radio"/> 17 Tributarios y de otros ingresos de derecho público
<input type="radio"/> 04 Evaluación, informes, declaración, acreditaciones y certificaciones	<input type="radio"/> 11 Selección y contratación de personal	<input type="radio"/> 18 Recursos Humanos
<input type="radio"/> 05 Expropiación y revisión	<input type="radio"/> 12 Prestaciones Sociales y sanitarias	<input type="radio"/> 19 Operaciones con bienes
<input type="radio"/> 06 Contratación Pública	<input type="radio"/> 13 Responsabilidad patrimonial	<input type="radio"/> 20 Protección de menores
<input type="radio"/> 07 Sancionador	<input type="radio"/> 14 Recursos, revisión de oficio y reclamaciones previas	<input type="radio"/> 21 Publicaciones
<b>Nombre</b> procedimiento: Solicitud de instalación de un botiquín por Ayuntamientos		
<b>Consejería o Ente</b> vinculado o dependiente: Sanidad		
<b>Normativa:</b> Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha, modificada por la Ley 2/2015, de 19 de febrero. Decreto XXXXXXXX, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines.		
<b>Plazo máximo de resolución:</b> 1 mes.		
<b>Sentido del silencio:</b> Desestimatorio.		



**INFORMACIÓN RELATIVA A LOS TRÁMITES**

**CÓDIGO** solicitar a [atencion@jccm.es](mailto:atencion@jccm.es) (4 caracteres)

SL4P

Se ruega antes de crear un nuevo código, revisar si el procedimiento que se quiere dar de alta ya existe, para evitar duplicidades.

Esta ficha también debe cumplimentarse en caso de modificación de un trámite ya existente. En caso de propuesta de baja bastará poner el código e indicar dicha intención en el correo de remisión.

En caso de duda se ruega plantearla a [atencion@jccm.es](mailto:atencion@jccm.es), que es la dirección de correo de Atención e Información Ciudadana (Inspección General de Servicios).

**TÍTULO DEL TRÁMITE** No hace falta anteponer expresiones tales como solicitud. Evitar en lo posible referencia a años concretos (195 caracteres)

Solicitud de instalación de un botiquín por Ayuntamientos

**PLAZO DE PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES** En las sujetas a plazo poner una fecha de inicio y fecha de fin. (255 caracteres)

Abierto todo el año.

**OBJETO** Definir siempre de forma somera y precisa la actuación de la Administración. (500 caracteres)

Dictar resolución de inicio del procedimiento de oficio para instalar un botiquín o denegarlo con los motivos por los que no procede la iniciación

**DESTINATARIOS** En el supuesto de no coincidir Solicitante/s y Beneficiario/s, por ejemplo en materia de ayudas y subvenciones, figurará en primer lugar la información de Solicitante/s y de forma separada la de Beneficiario/s. (1000 caracteres)

Alcalde del municipio en que se encuentre radicado el núcleo de población donde se pretende instalar el botiquín.



**REQUISITOS EXIGIDOS** ( Poner sólo los más relevantes). (1000 caracteres)

**IMPORTES** (1000 caracteres)

**CRITERIOS** (DE RESOLUCIÓN 500 caracteres)



**DOCUMENTACIÓN A APORTAR** Se refiere a la que debe acompañar a la solicitud inicial. Incluir, en su caso, la información relativa a los supuestos en los que puede no aportarse inicialmente (2000 caracteres)

La petición inicial debe incluir el núcleo de población, municipio, provincia y zona farmacéutica a la que pertenece el botiquín y se acompañará de la siguiente documentación:

- Acuerdo del pleno del Ayuntamiento en el que se decide presentar la solicitud.
- Indicación de si el Ayuntamiento solicitante dispone de local para la instalación de botiquín, adjuntando:
  - Justificación documental de la disponibilidad jurídica del local.
  - Plano de situación en el que se señale con exactitud el emplazamiento del local.
  - Plano del local realizado por técnico competente con indicación de la superficie útil de que dispone, el detalle de su distribución y las características de los accesos desde la vía pública.

Si se solicita un botiquín de temporada se indicará el plazo para el que se solicita su funcionamiento y, además de los anteriores, se presentará:

- Acreditación del incremento poblacional de temporada experimentado en el núcleo de población designado.

TASAS:

NO

SI (Importe)

**LUGAR DE PRESENTACIÓN** Incluir lugares y formas de presentación: telemática, teléfono 012, fax..... (500 caracteres, desde 21-09-2011)

La solicitud se deberá presentar telemáticamente con firma electrónica ante el Registro de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha según el formulario publicado en la sede electrónica de la Junta ([www.jccm.es](http://www.jccm.es)). Las notificaciones se realizarán en la plataforma de notificaciones telemáticas.

Para aquellos municipios integrados en la Plataforma ORVE, la presentación de escritos, envío de documentación e intercambio de comunicaciones se realizará a través de dicho servicio electrónico.

**INFORMACIÓN ADICIONAL** Si se ofrece algún contacto para aclarar dudas, correo electrónico, teléfono o dirección postal, debe incluirse aquí (1000 caracteres)

DIRECCIONES PROVINCIALES DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD:

- ALBACETE. Avda. Guardia Civil, Nº 5. CP-02071.

Teléfono: 967 55 79 00 – Fax: 967 55 79 50

- CIUDAD REAL. C/ Paloma, Nº 7. CP-13071.

Teléfono: 926 27 60 00 – Fax: 926 27 60 72

- CUENCA. C/ de las Torres, Nº 43. CP-16071.

Teléfono: 969 17 65 00 – Fax: 969 17 65 06

- GUADALAJARA. C/ Doctor Fernández Iparraguirre, Nº 1. CP-19071.

Teléfono: 949 88 55 00 – Fax: 949 21 68 65

- TOLEDO. C/ Guadalmena, Nº 2. CP-45071.

Teléfono: 925 26 64 00 – Fax: 925 26 72 91



**MARCO LEGAL** (2000 caracteres)

Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha, modificada por la Ley 2/2015, de 19 de febrero.  
Decreto XXXXXXX, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines.

**RECURSOS** Se refiere a los recursos contra la resolución concreta, no contra la disposición reguladora (1000 caracteres)

Recurso de alzada en el plazo de un mes, ante la persona titular de la Consejería de Sanidad.

**CÓDIGO DE APLICACIÓN (Código K2)** Código que identifica la aplicación por la que se realiza la tramitación

2354

**UNIDAD ORGÁNICA COMPETENTE** Consejería, y además, el centro directivo que tenga asignada esta materia según el respectivo Decreto de estructura orgánica y competencias o similar, como Viceconsejería, Dirección General. Sólo puede ponerse un centro (255 caracteres)

Consejería de Sanidad. Direcciones Provinciales de la Consejería de Sanidad.

**EN SU CASO, DIRECCIÓN WEB DONDE SE VA A UBICAR EL FORMULARIO PARA LA TRAMITACIÓN ELECTRÓNICA** (255 caracteres)

<http://www.jccm.es>

**UNIDAD/ES ORGÁNICAS DÓNDE SE DESEA RECIBIR LA DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTE EN LOS REGISTROS PÚBLICOS** (255 caracteres)

Direcciones Provinciales de la Consejería de Sanidad.



Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 - Toledo

Nº Procedimiento

010601

Código SIACI

SL4P

## SOLICITUD DE INSTALACIÓN DE UN BOTIQUÍN POR AYUNTAMIENTOS

### DATOS DEL AYUNTAMIENTO SOLICITANTE

Ayuntamiento de  CIF

Dirección

Provincia:  C.P.:  Población:

Teléfono:  Teléfono móvil:

Correo electrónico

**El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el aviso de notificación y, en su caso, de pago.**

### DATOS DEL ALCALDE O PERSONA REPRESENTANTE

NIF  NIE  Número de documento:

Nombre:  1º Apellido:  2º Apellido:

Cargo:

Domicilio:

Provincia:  C.P.:  Población:

Teléfono:  Teléfono móvil:

Correo electrónico

**Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.**

### MEDIO POR EL QUE RECIBIRÁ LA NOTIFICACIÓN

Notificación electrónica (Al estar obligado a la notificación electrónica debe usted registrarse en la Plataforma <https://notifica.jccm.es/notifica> y comprobar que sus datos son correctos. No obstante, si el municipio está integrado en la Plataforma ORVE, la presentación de escritos, envío de documentación e intercambio de comunicaciones se realizará a través de dicho servicio electrónico.)



## Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 - Toledo

### INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS

<b>Responsable</b>	<i>Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria de la Consejería de Sanidad</i>
<b>Finalidad</b>	<i>Gestionar el Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios</i>
<b>Legitimación</b>	<i>Ejercicio de poderes públicos y desarrollo de funciones públicas (Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha)</i>
<b>Destinatarios</b>	<i>Existe cesión de datos</i>
<b>Derechos</b>	<i>Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional</i>
<b>Información adicional</b>	<i>Puede solicitarla en la dirección de correo: <a href="mailto:protecciondatos@jccm.es">protecciondatos@jccm.es</a></i>

### DATOS DE SOLICITUD

ASUNTO: Instalación de botiquín.

SOLICITA: Que se inicie de oficio el procedimiento de instalación de un botiquín en el núcleo de población \_\_\_\_\_, municipio \_\_\_\_\_, provincia \_\_\_\_\_ y zona farmacéutica \_\_\_\_\_

El botiquín solicitado tendrá carácter de

- botiquín permanente
- botiquín de temporada (Plazo para el que se solicita el botiquín de temporada: \_\_\_\_\_ )

### ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS

#### Declaraciones responsables:

La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada o entidad que se indica, declara expresamente que:

- Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud**, comprometiéndose a probar documentalmente los mismos cuando se le requiera para ello.

Igualmente la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.

#### Autorizaciones:

Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, esta Consejería va a proceder a verificar todos estos datos, salvo que usted no autorice expresamente dicha comprobación.



## Castilla-La Mancha

**Consejería de Sanidad**  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 - Toledo

- NO:** Los acreditativos de identidad.  
 **NO:** Los siguientes datos o documentos emitidos por la Administración Regional:

Haga clic aquí para escribir texto.

Haga clic aquí para escribir texto.

**Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, esta Consejería va a proceder a verificar los datos o documentos que se encuentren en poder de la Administración, y que usted señale a continuación:**

Documento:  presentado con fecha:  ante la unidad:  de la Administración:

Documento:  presentado con fecha:  ante la unidad:  de la Administración:

En el supuesto de que no autorice a esta Consejería a consultar alguno de los anteriores documentos, señale expresamente:

Haga clic aquí para escribir texto.

Haga clic aquí para escribir texto.

**En el caso de no autorizar la comprobación de los datos anteriores, se compromete a aportar la documentación pertinente.**

**Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos:**

- Poder de representación, en su caso.  
 Acuerdo del pleno del Ayuntamiento en el que se decide presentar la solicitud.

Si el Ayuntamiento solicitante dispone de local para la instalación de botiquín:

- Justificación documental de la disponibilidad jurídica del local.  
 Plano de situación en el que se señale con exactitud el emplazamiento del local.  
 Plano del local realizado por técnico competente con indicación de la superficie útil de que dispone, el detalle de su distribución y las características de los accesos desde la vía pública.

Si se solicita botiquín de temporada, además de a anterior:

- Acreditación del incremento poblacional de temporada experimentado en el núcleo de población designado.

### PAGO DE TASAS

Este procedimiento no conlleva tasa.

Firma

En Haga clic aquí. , a Haga clic aquí. de Haga clic aquí. de 20 Haga clic aquí.

#### Direcciones Provinciales de la Consejería de Sanidad:

- ALBACETE. Código. DIR 3: A08014322  
 CIUDAD REAL. Código. DIR 3: A08014323  
 CUENCA. Código. DIR 3: A08014324  
 GUADALAJARA. Código. DIR 3: A08014325  
 TOLEDO. Código. DIR 3: A08014326



FICHA SIACI A CUMPLIMENTAR POR LOS ÓRGANOS GESTORES

**INFORMACIÓN RELATIVA AL PROCEDIMIENTO**

<b>Número</b> (6 dígitos a cumplimentar por IGS)	010050	
<b>Familia</b> (elegir entre 21 posibilidades)		
<input checked="" type="radio"/> 01 Comunicaciones previas, autorizaciones y licencias	<input type="radio"/> 08 Conciliación, mediación y arbitraje	<input type="radio"/> 15 Convenios
<input type="radio"/> 02 Registro	<input type="radio"/> 09 Quejas y sugerencias, consultas y reclamaciones	<input type="radio"/> 16 Tesorería y deuda
<input type="radio"/> 03 Ayudas, subvenciones, becas, premios y cursos	<input type="radio"/> 10 Elaboración de disposiciones	<input type="radio"/> 17 Tributarios y de otros ingresos de derecho público
<input type="radio"/> 04 Evaluación, informes, declaración, acreditaciones y certificaciones	<input type="radio"/> 11 Selección y contratación de personal	<input type="radio"/> 18 Recursos Humanos
<input type="radio"/> 05 Expropiación y revisión	<input type="radio"/> 12 Prestaciones Sociales y sanitarias	<input type="radio"/> 19 Operaciones con bienes
<input type="radio"/> 06 Contratación Pública	<input type="radio"/> 13 Responsabilidad patrimonial	<input type="radio"/> 20 Protección de menores
<input type="radio"/> 07 Sancionador	<input type="radio"/> 14 Recursos, revisión de oficio y reclamaciones previas	<input type="radio"/> 21 Publicaciones
<b>Nombre</b> procedimiento: Autorización de instalación de botiquín.		
<b>Consejería o Ente</b> vinculado o dependiente: Sanidad		
<b>Normativa:</b> Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha, modificada por la Ley 2/2015, de 19 de febrero Decreto XXXXXXXX, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines.		
<b>Plazo máximo de resolución:</b> 3 meses.		
<b>Sentido del silencio:</b> Desestimatorio.		



**INFORMACIÓN RELATIVA A LOS TRÁMITES**

**CÓDIGO** solicitar a [atencion@jccm.es](mailto:atencion@jccm.es) (4 caracteres)

SH27

Se ruega antes de crear un nuevo código, revisar si el procedimiento que se quiere dar de alta ya existe, para evitar duplicidades.

Esta ficha también debe cumplimentarse en caso de modificación de un trámite ya existente. En caso de propuesta de baja bastará poner el código e indicar dicha intención en el correo de remisión.

En caso de duda se ruega plantearla a [atencion@jccm.es](mailto:atencion@jccm.es), que es la dirección de correo de Atención e Información Ciudadana (Inspección General de Servicios).

**TÍTULO DEL TRÁMITE** No hace falta anteponer expresiones tales como solicitud. Evitar en lo posible referencia a años concretos (195 caracteres)

Autorización de instalación de botiquín.

**PLAZO DE PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES** En las sujetas a plazo poner una fecha de inicio y fecha de fin. (255 caracteres)

Abierto todo el año.  
En el procedimiento iniciado de oficio: en 10 días desde el siguiente al de la notificación.  
En botiquín de temporada se solicitará al menos con un mes de antelación.

**OBJETO** Definir siempre de forma somera y precisa la actuación de la Administración. (500 caracteres)

Autorizar la instalación de botiquín en aquellos núcleos de población que no cuenten con oficina de farmacia.

**DESTINATARIOS** En el supuesto de no coincidir Solicitante/s y Beneficiario/s, por ejemplo en materia de ayudas y subvenciones, figurará en primer lugar la información de Solicitante/s y de forma separada la de Beneficiario/s. (1000 caracteres)

Farmacéuticos titulares de oficina de farmacia.



**REQUISITOS EXIGIDOS** ( Poner sólo los más relevantes). (1000 caracteres)

El lugar donde se ubique será apropiado a su finalidad, contará con acceso libre, directo y permanente a la vía pública y sin barreras arquitectónicas.

**IMPORTES** (1000 caracteres)

Tasa: 171,99 euros.

**CRITERIOS** (DE RESOLUCIÓN 500 caracteres)



**DOCUMENTACIÓN A APORTAR** Se refiere a la que debe acompañar a la solicitud inicial. Incluir, en su caso, la información relativa a los supuestos en los que puede no aportarse inicialmente (2000 caracteres)

- Poder de representación, en su caso.
- Si se solicita botiquín de temporada, acreditación del incremento poblacional de temporada experimentado en el núcleo de población designado.

TASAS:

NO

SI (Importe)

171,99

**LUGAR DE PRESENTACIÓN** Incluir lugares y formas de presentación: telemática, teléfono 012, fax..... (500 caracteres, desde 21-09-2011)

La solicitud se deberá presentar telemáticamente con firma electrónica ante el Registro de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha según el formulario publicado en la sede electrónica de la Junta ([www.jccm.es](http://www.jccm.es)).

**INFORMACIÓN ADICIONAL** Si se ofrece algún contacto para aclarar dudas, correo electrónico, teléfono o dirección postal, debe incluirse aquí (1000 caracteres)

Los farmacéuticos de farmacias afectadas por pertenecer a la misma zona farmacéutica podrán presentar alegaciones mediante el formulario SK7E del procedimiento 010050 en el plazo de 10 días y adjuntar documentos.

**DIRECCIONES PROVINCIALES DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD:**

- ALBACETE. Avda. Guardia Civil, Nº 5. CP-02071.

Teléfono: 967 55 79 00 – Fax: 967 55 79 50

- CIUDAD REAL. C/ Paloma, Nº 7. CP-13071.

Teléfono: 926 27 60 00 – Fax: 926 27 60 72

- CUENCA. C/ de las Torres, Nº 43. CP-16071.

Teléfono: 969 17 65 00 – Fax: 969 17 65 06

- GUADALAJARA. C/ Doctor Fernández Iparraguirre, Nº 1. CP-19071.

Teléfono: 949 88 55 00 – Fax: 949 21 68 65

- TOLEDO. C/ Guadalmena, Nº 2. CP-45071.

Teléfono: 925 26 64 00 – Fax: 925 26 72 91



**MARCO LEGAL** (2000 caracteres)

Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha, modificada por la Ley 2/2015, de 19 de febrero.  
Decreto XXXXXXX, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines.

**RECURSOS** Se refiere a los recursos contra la resolución concreta, no contra la disposición reguladora (1000 caracteres)

Recurso de alzada en el plazo de un mes, ante la persona titular de la Consejería de Sanidad.

**CÓDIGO DE APLICACIÓN (Código K2)** Código que identifica la aplicación por la que se realiza la tramitación

2354

**UNIDAD ORGÁNICA COMPETENTE** Consejería, y además, el centro directivo que tenga asignada esta materia según el respectivo Decreto de estructura orgánica y competencias o similar, como Viceconsejería, Dirección General. Sólo puede ponerse un centro (255 caracteres)

Consejería de Sanidad. Direcciones Provinciales de la Consejería de Sanidad.

**EN SU CASO, DIRECCIÓN WEB DONDE SE VA A UBICAR EL FORMULARIO PARA LA TRAMITACIÓN ELECTRÓNICA** (255 caracteres)

<http://www.jccm.es>

**UNIDAD/ES ORGÁNICAS DÓNDE SE DESEA RECIBIR LA DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTE EN LOS REGISTROS PÚBLICOS** (255 caracteres)

Direcciones Provinciales de la Consejería de Sanidad.



Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 - Toledo

Nº Procedimiento

010050

Código SIACI

SH27

## SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE INSTALACIÓN DE BOTIQUÍN

### DATOS DEL SOLICITANTE

NIF  NIE  Número de documento:

Nombre:  1º Apellido:  2º Apellido:

Domicilio:

Población:  C.P.:  Provincia:

Teléfono:  Teléfono móvil:  Correo electrónico:

El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el aviso de notificación.

### DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE

Obligatoriamente en caso de cotitularidad se debe designar una persona representante, pudiendo ser uno de los cotitulares.

NIF  NIE  Número de documento:

Nombre:  1º Apellido:  2º Apellido:

Domicilio:

Población:  C.P.:  Provincia:

Teléfono:  Teléfono móvil:  Correo electrónico:

Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.

### MEDIO POR EL QUE RECIBIRÁ LA NOTIFICACIÓN

Notificación electrónica (Al estar obligado a la notificación electrónica debe usted registrarse en la Plataforma <https://notifica.jccm.es/notifica> y comprobar que sus datos son correctos.)

### INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable	Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria de la Consejería de Sanidad
Finalidad	Gestionar el Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios
Legitimación	Ejercicio de poderes públicos y desarrollo de funciones públicas (Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha)



## Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 - Toledo

<b>Destinatarios</b>	<i>Existe cesión de datos</i>
<b>Derechos</b>	<i>Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional</i>
<b>Información adicional</b>	<i>Puede solicitarla en la dirección de correo: <a href="mailto:protecciondatos@jccm.es">protecciondatos@jccm.es</a></i>

### DATOS DE SOLICITUD

ASUNTO: Instalación de botiquín.

SOLICITA: La autorización administrativa de instalación de botiquín en el núcleo de población \_\_\_\_\_, municipio \_\_\_\_\_, provincia \_\_\_\_\_ y zona farmacéutica \_\_\_\_\_

El botiquín solicitado tendrá carácter de

- botiquín permanente  
 botiquín de temporada (Plazo para el que se solicita el botiquín de temporada: \_\_\_\_\_ )

La solicitud de autorización se presenta en:

- procedimiento iniciado de oficio por la Dirección Provincial.  
 procedimiento a solicitud de farmacéutico o farmacéuticos titulares de oficina de farmacia.

### DATOS DE LA OFICINA DE FARMACIA

Denominación:  Nº oficina de farmacia:

Domicilio:

Población:  C.P.:  Provincia:

Teléfono:  Teléfono móvil:  Correo electrónico:

### ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS

#### Declaraciones responsables:

La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada o entidad que se indica, declara expresamente que:

- Cumple los requisitos exigidos que figuran en el Decreto **XXXXXXX**, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines y se compromete a seguir cumpliéndolos mientras se mantenga la actividad.

- Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud**, comprometiéndose a probar documentalmente los mismos cuando se le requiera para ello.



## Castilla-La Mancha

**Consejería de Sanidad**  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 - Toledo

Igualmente la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.

### Autorizaciones:

**Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, esta Consejería va a proceder a verificar todos estos datos, salvo que usted no autorice expresamente dicha comprobación.**

**NO:** Los acreditativos de identidad.

**NO:** Los siguientes datos o documentos emitidos por la Administración Regional:

Haga clic aquí para escribir texto.

Haga clic aquí para escribir texto.

**Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, esta Consejería va a proceder a verificar los datos o documentos que se encuentren en poder de la Administración, y que usted señale a continuación:**

Documento:  presentado con fecha:  ante la unidad:  de la Administración:

Documento:  presentado con fecha:  ante la unidad:  de la Administración:

En el supuesto de que no autorice a esta Consejería a consultar alguno de los anteriores documentos, señale expresamente:

Haga clic aquí para escribir texto.

Haga clic aquí para escribir texto.

**En el caso de no autorizar la comprobación de los datos anteriores, se compromete a aportar la documentación pertinente.**

**Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos:**

Poder de representación, en su caso.

Si se solicita botiquín de temporada: Acreditación del incremento poblacional de temporada experimentado en el núcleo de población designado.

## PAGO DE TASAS

Este procedimiento conlleva una tasa de **171,99 euros**.

Podrá acreditar el pago realizado:

**Electrónicamente, mediante la referencia.**

Haga clic aquí para escribir texto.



## Castilla-La Mancha

**Consejería de Sanidad**  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 - Toledo

Firma

En Haga clic aquí. , a Haga clic aquí. de Haga clic aquí. de 20 Haga clic aquí.

**Direcciones Provinciales de la Consejería de Sanidad:**

- ALBACETE. Código. DIR 3: A08014322
- CIUDAD REAL. Código. DIR 3: A08014323
- CUENCA. Código. DIR 3: A08014324
- GUADALAJARA. Código. DIR 3: A08014325
- TOLEDO. Código. DIR 3: A08014326



Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 - Toledo

Código SIACI

SK7E

**ALEGACIONES DE FARMACÉUTICO TITULAR AFECTADO EN EL PROCEDIMIENTO 010050, TRAMITE SH27, DE AUTORIZACIÓN DE INSTALACIÓN DE BOTIQUÍN**

**DATOS DEL FARMACÉUTICO**

NIF  NIE  Número de documento:

Nombre:  1º Apellido:  2º Apellido:

Domicilio:

Población:  C.P.:  Provincia:

Teléfono:  Teléfono móvil:  Correo electrónico:

**El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el aviso de notificación.**

**DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE**

**Obligatoriamente en caso de cotitularidad se debe designar una persona representante, pudiendo ser uno de los cotitulares**

NIF  NIE  Número de documento:

Nombre:  1º Apellido:  2º Apellido:

Domicilio:

Población:  C.P.:  Provincia:

Teléfono:  Teléfono móvil:  Correo electrónico:

**Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.**

**MEDIO POR EL QUE RECIBIRÁ LA NOTIFICACIÓN**

Notificación electrónica (Al estar obligado a la notificación electrónica debe usted registrarse en la Plataforma <https://notifica.jccm.es/notifica> y comprobar que sus datos son correctos.)



## Castilla-La Mancha

**Consejería de Sanidad**  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 - Toledo

### INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS

<b>Responsable</b>	<i>Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria de la Consejería de Sanidad</i>
<b>Finalidad</b>	<i>Gestionar el Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios</i>
<b>Legitimación</b>	<i>Ejercicio de poderes públicos y desarrollo de funciones públicas (Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha)</i>
<b>Destinatarios</b>	<i>Existe cesión de datos</i>
<b>Derechos</b>	<i>Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional</i>
<b>Información adicional</b>	<i>Puede solicitarla en la dirección de correo: <a href="mailto:protecciondatos@jccm.es">protecciondatos@jccm.es</a></i>

### CONTENIDO DE LAS ALEGACIONES

ASUNTO: Presentación de alegaciones por farmacéutico titular afectado en procedimiento de instalación de botiquín en

procedimiento iniciado de oficio por la Dirección Provincial (tras listado provisional en el que figure el orden de prioridad de los solicitantes para la vinculación del botiquín).

procedimiento a solicitud de farmacéutico o farmacéuticos titulares de oficina de farmacia.

#### PRESENTACIÓN DE ALEGACIONES SOBRE EL TRASLADO:

Haga clic aquí.



## Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 - Toledo

### ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS

#### Declaraciones responsables:

La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada o entidad que se indica, declara expresamente que:

- Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud**, comprometiéndose a probar documentalmente los mismos cuando se le requiera para ello.

Igualmente la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.

#### Autorizaciones:

Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, esta Consejería va a proceder a verificar todos estos datos, salvo que usted no autorice expresamente dicha comprobación.

- NO:** Los acreditativos de identidad.
- NO:** Los siguientes datos o documentos emitidos por la Administración Regional:

Haga clic aquí para escribir texto.

Haga clic aquí para escribir texto.

Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, esta Consejería va a proceder a verificar los datos o documentos que se encuentren en poder de la Administración, y que usted señale a continuación:

Documento:  presentado con fecha:  ante la unidad:  de la Administración:

Documento:  presentado con fecha:  ante la unidad:  de la Administración:

En el supuesto de que no autorice a esta Consejería a consultar alguno de los anteriores documentos, señale expresamente:

Haga clic aquí para escribir texto.

Haga clic aquí para escribir texto.

En el caso de no autorizar la comprobación de los datos anteriores, se compromete a aportar la documentación pertinente.

Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos para la autorización definitiva de transmisión:

- Poder de representación, en su caso.
- Otros documentos.

Haga clic aquí para escribir texto.

Haga clic aquí para escribir texto.

Haga clic aquí para escribir texto.



## Castilla-La Mancha

**Consejería de Sanidad**  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 - Toledo

### PAGO DE TASAS

Este procedimiento no conlleva tasa.

Firma

En [Haga clic aquí.](#) , a [Haga clic aquí.](#) de [Haga clic aquí.](#) de 20 [Haga clic aquí.](#)

#### **Direcciones Provinciales de la Consejería de Sanidad:**

- ALBACETE. Código DIR 3: A08014322
- CIUDAD REAL. Código DIR 3: A08014323
- CUENCA. Código DIR 3: A08014324
- GUADALAJARA. Código DIR 3: A08014325
- TOLEDO. Código DIR 3: A08014326



FICHA SIACI A CUMPLIMENTAR POR LOS ÓRGANOS GESTORES

**INFORMACIÓN RELATIVA AL PROCEDIMIENTO**

Número (6 dígitos a cumplimentar por IGS)

**Familia** (elegir entre 21 posibilidades)

<input checked="" type="radio"/> 01 Comunicaciones previas, autorizaciones y licencias	<input type="radio"/> 08 Conciliación, mediación y arbitraje	<input type="radio"/> 15 Convenios
<input type="radio"/> 02 Registro	<input type="radio"/> 09 Quejas y sugerencias, consultas y reclamaciones	<input type="radio"/> 16 Tesorería y deuda
<input type="radio"/> 03 Ayudas, subvenciones, becas, premios y cursos	<input type="radio"/> 10 Elaboración de disposiciones	<input type="radio"/> 17 Tributarios y de otros ingresos de derecho público
<input type="radio"/> 04 Evaluación, informes, declaración, acreditaciones y certificaciones	<input type="radio"/> 11 Selección y contratación de personal	<input type="radio"/> 18 Recursos Humanos
<input type="radio"/> 05 Expropiación y revisión	<input type="radio"/> 12 Prestaciones Sociales y sanitarias	<input type="radio"/> 19 Operaciones con bienes
<input type="radio"/> 06 Contratación Pública	<input type="radio"/> 13 Responsabilidad patrimonial	<input type="radio"/> 20 Protección de menores
<input type="radio"/> 07 Sancionador	<input type="radio"/> 14 Recursos, revisión de oficio y reclamaciones previas	<input type="radio"/> 21 Publicaciones

**Nombre** procedimiento: Autorización de funcionamiento de botiquín.

**Consejería o Ente** vinculado o dependiente: Sanidad

**Normativa:** Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha, modificada por la Ley 2/2015, de 19 de febrero. Decreto xxxxx, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines.

**Plazo máximo de resolución:** Tres meses

**Sentido del silencio:** Estimatorio.



**INFORMACIÓN RELATIVA A LOS TRÁMITES**

**CÓDIGO** solicitar a [atencion@jccm.es](mailto:atencion@jccm.es) (4 caracteres)

SJUR

Se ruega antes de crear un nuevo código, revisar si el procedimiento que se quiere dar de alta ya existe, para evitar duplicidades.

Esta ficha también debe cumplimentarse en caso de modificación de un trámite ya existente. En caso de propuesta de baja bastará poner el código e indicar dicha intención en el correo de remisión.

En caso de duda se ruega plantearla a [atencion@jccm.es](mailto:atencion@jccm.es), que es la dirección de correo de Atención e Información Ciudadana (Inspección General de Servicios).

**TÍTULO DEL TRÁMITE** No hace falta anteponer expresiones tales como solicitud. Evitar en lo posible referencia a años concretos (195 caracteres)

Autorización de funcionamiento de botiquín.

**PLAZO DE PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES** En las sujetas a plazo poner una fecha de inicio y fecha de fin. (255 caracteres)

Un mes desde la notificación de la autorización de instalación.

**OBJETO** Definir siempre de forma somera y precisa la actuación de la Administración. (500 caracteres)

Autorización de puesta en funcionamiento de un botiquín tras la autorización de instalación.

**DESTINATARIOS** En el supuesto de no coincidir Solicitante/s y Beneficiario/s, por ejemplo en materia de ayudas y subvenciones, figurará en primer lugar la información de Solicitante/s y de forma separada la de Beneficiario/s. (1000 caracteres)

Farmacéuticos titulares de oficina de farmacia.



**REQUISITOS EXIGIDOS** ( Poner sólo los más relevantes). (1000 caracteres)

**IMPORTES** (1000 caracteres)

Tasa: 243,51 euros.

**CRITERIOS** (DE RESOLUCIÓN 500 caracteres)



**DOCUMENTACIÓN A APORTAR** Se refiere a la que debe acompañar a la solicitud inicial. Incluir, en su caso, la información relativa a los supuestos en los que puede no aportarse inicialmente (2000 caracteres)

- Poder de representación, en su caso.
- En caso de que el local no haya sido aportado por el Ayuntamiento. el farmacéutico deberá aportar:
  - Justificación documental de la disponibilidad jurídica del local.
  - Plano de situación en el que se señale con exactitud el emplazamiento del local.
  - Plano del local realizado por técnico competente con indicación de la superficie útil de que se dispone, el detalle de la distribución y las características de los accesos desde la vía pública.

TASAS:

NO

SI (Importe)

243,51

**LUGAR DE PRESENTACIÓN** Incluir lugares y formas de presentación: telemática, teléfono 012, fax..... (500 caracteres, desde 21-09-2011)

La solicitud se deberá presentar telemáticamente con firma electrónica ante el Registro de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha según el formulario publicado en la sede electrónica de la Junta ([www.jccm.es](http://www.jccm.es)).

**INFORMACIÓN ADICIONAL** Si se ofrece algún contacto para aclarar dudas, correo electrónico, teléfono o dirección postal, debe incluirse aquí (1000 caracteres)

Si el local designado no reuniese las condiciones o no es idóneo, se requerirá al farmacéutico adjudicatario para que, en el plazo de diez días, designe otro local (mediante el formulario SK7E)  
Una vez que la Dirección Provincial comunique al farmacéutico adjudicatario que el local cumple los requisitos establecidos, éste dispondrá de un plazo máximo de dos meses para solicitar la visita de inspección (mediante el formulario SK7E)

DIRECCIONES PROVINCIALES DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD:

- ALBACETE. Avda. Guardia Civil, Nº 5. CP-02071. Teléfono: 967 55 79 00 – Fax: 967 55 79 50
- CIUDAD REAL. C/ Paloma, Nº 7. CP-13071. Teléfono: 926 27 60 00 – Fax: 926 27 60 72
- CUENCA. C/ de las Torres, Nº 43. CP-16071. Teléfono: 969 17 65 00 – Fax: 969 17 65 06
- GUADALAJARA. C/ Doctor Fernández Iparraguirre, Nº 1. CP-19071. Teléfono: 949 88 55 00 – Fax: 949 21 68 65
- TOLEDO. C/ Guadalupe, Nº 2. CP-45071. Teléfono: 925 26 64 00 – Fax: 925 26 72 91



**MARCO LEGAL** (2000 caracteres)

Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha, modificada por la Ley 2/2015, de 19 de febrero.  
Decreto XXXXXXXXX, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines.

**RECURSOS** Se refiere a los recursos contra la resolución concreta, no contra la disposición reguladora (1000 caracteres)

Recurso de alzada en el plazo de un mes, ante la persona titular de la Consejería de Sanidad.

**CÓDIGO DE APLICACIÓN (Código K2)** Código que identifica la aplicación por la que se realiza la tramitación

2354

**UNIDAD ORGÁNICA COMPETENTE** Consejería, y además, el centro directivo que tenga asignada esta materia según el respectivo Decreto de estructura orgánica y competencias o similar, como Viceconsejería, Dirección General. Sólo puede ponerse un centro (255 caracteres)

Consejería de Sanidad. Direcciones Provinciales de la Consejería de Sanidad.

**EN SU CASO, DIRECCIÓN WEB DONDE SE VA A UBICAR EL FORMULARIO PARA LA TRAMITACIÓN ELECTRÓNICA** (255 caracteres)

<http://www.jccm.es>

**UNIDAD/ES ORGÁNICAS DÓNDE SE DESEA RECIBIR LA DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTE EN LOS REGISTROS PÚBLICOS** (255 caracteres)

Direcciones Provinciales de la Consejería de Sanidad.



Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 - Toledo

Nº Procedimiento

010051

Código SIACI

SJUR

## SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO DE BOTIQUÍN

### DATOS DEL FARMACÉUTICO SOLICITANTE

NIF  NIE  Número de documento:

Nombre:  1º Apellido:  2º Apellido:

Domicilio:

Población:  C.P.:  Provincia:

Teléfono:  Teléfono móvil:  Correo electrónico:

El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el aviso de notificación.

### DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE

Obligatoriamente en caso de cotitularidad se debe designar una persona representante, pudiendo ser uno de los cotitulares.

NIF  NIE  Número de documento:

Nombre:  1º Apellido:  2º Apellido:

Domicilio:

Población:  C.P.:  Provincia:

Teléfono:  Teléfono móvil:  Correo electrónico:

Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.

### MEDIO POR EL QUE RECIBIRÁ LA NOTIFICACIÓN

Notificación electrónica (Al estar obligado a la notificación electrónica debe usted registrarse en la Plataforma <https://notifica.jccm.es/notifica> y comprobar que sus datos son correctos.)

### INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS

<b>Responsable</b>	Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria de la Consejería de Sanidad
<b>Finalidad</b>	Gestionar el Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios



## Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 - Toledo

<b>Legitimación</b>	<i>Ejercicio de poderes públicos y desarrollo de funciones públicas (Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha)</i>
<b>Destinatarios</b>	<i>Existe cesión de datos</i>
<b>Derechos</b>	<i>Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional</i>
<b>Información adicional</b>	<i>Puede solicitarla en la dirección de correo: <a href="mailto:protecciondatos@jccm.es">protecciondatos@jccm.es</a></i>

### DATOS DE SOLICITUD

ASUNTO: Funcionamiento de botiquín.

SOLICITA: La autorización administrativa de funcionamiento de botiquín.

- Botiquín permanente.  
 Botiquín de temporada.  
 Botiquín permanente tras traslado.

Si el local no ha sido presentado por el ayuntamiento, indicar ubicación del local donde se pretende instalar el botiquín:

Domicilio: ; núcleo de población: ; municipio ; provincia ; zona farmacéutica

### DATOS DE LA OFICINA DE FARMACIA

Denominación:  N° de oficina de farmacia:

Domicilio:

Población:  C.P.:  Provincia:

Teléfono:  Teléfono móvil:  Correo electrónico:

### ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS

#### Declaraciones responsables:

La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada o entidad que se indica, declara expresamente que:

- Cumple los requisitos exigidos que figuran en el Decreto **XXXXXX**, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines y se compromete a seguir cumpliéndolos mientras se mantenga la actividad.

**Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud**, comprometiéndose a probar documentalmente los mismos cuando se le requiera para ello.

Igualmente la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación



## Castilla-La Mancha

**Consejería de Sanidad**  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 - Toledo

aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.

### Autorizaciones:

Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas., esta Consejería va a proceder a verificar todos estos datos, salvo que usted no autorice expresamente dicha comprobación.

- NO:** Los acreditativos de identidad.
- NO:** Los siguientes datos o documentos emitidos por la Administración Regional:

Haga clic aquí para escribir texto.

Haga clic aquí para escribir texto.

Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, esta Consejería va a proceder a verificar los datos o documentos que se encuentren en poder de la Administración, y que usted señale a continuación:

Documento:  Haga clic. presentado con fecha:  Haga clic. ante la unidad:  Haga clic. de la Administración:  Haga clic.

Documento:  Haga clic. presentado con fecha:  Haga clic. ante la unidad:  Haga clic. de la Administración:  Haga clic.

En el supuesto de que no autorice a esta Consejería a consultar alguno de los anteriores documentos, señale expresamente:

Haga clic aquí para escribir texto.

Haga clic aquí para escribir texto.

**En el caso de no autorizar la comprobación de los datos anteriores, se compromete a aportar la documentación pertinente.**

**Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos:**

- Poder de representación, en su caso.

En caso de que el local no haya sido aportado por el Ayuntamiento:

- Justificación documental de la disponibilidad jurídica del local.
- Plano de situación en el que se señale con exactitud el emplazamiento del local.
- Plano del local realizado por técnico competente con indicación de la superficie útil de que se dispone, el detalle de la distribución y las características de los accesos desde la vía pública.

## PAGO DE TASAS

Este procedimiento conlleva una tasa de **243,51 euros**.

Podrá acreditar el pago realizado:

- Electrónicamente, mediante la referencia.**

Haga clic aquí para escribir texto.



## Castilla-La Mancha

**Consejería de Sanidad**  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 - Toledo

Firma

En Haga clic aquí. , a Haga clic aquí. de Haga clic aquí. de 20 Haga clic aquí.

### **Direcciones Provinciales de la Consejería de Sanidad:**

- ALBACETE. Código. DIR 3: A08014322
- CIUDAD REAL. Código. DIR 3: A08014323
- CUENCA. Código. DIR 3: A08014324
- GUADALAJARA. Código. DIR 3: A08014325
- TOLEDO. Código. DIR 3: A08014326



Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 - Toledo

Código SIACI

SK7E

**DESIGNACIÓN DE NUEVO LOCAL O SOLICITUD DE VISITA DE INSPECCIÓN EN EL  
PROCEDIMIENTO 010051, TRAMITE SJUR, DE AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO DE  
BOTIQUÍN**

**DATOS DEL FARMACÉUTICO SOLICITANTE**

NIF <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Número de documento:	<input type="text" value="Haga clic aquí para escribir texto."/>		
Nombre:	<input type="text" value="Haga clic aquí."/>	1º Apellido:	<input type="text" value="Haga clic aquí."/>
		2º Apellido:	<input type="text" value="Haga clic aquí."/>
Domicilio:	<input type="text" value="Haga clic aquí para escribir texto."/>		
Población:	<input type="text" value="Haga clic aquí."/>	C.P.:	<input type="text" value="Haga clic aquí."/>
		Provincia:	<input type="text" value="Haga clic aquí."/>
Teléfono:	<input type="text" value="Haga clic."/>	Teléfono móvil:	<input type="text" value="Haga clic aquí."/>
		Correo electrónico:	<input type="text" value="Haga clic aquí."/>

**El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el aviso de notificación.**

**DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE**

**Obligatoriamente en caso de cotitularidad se debe designar una persona representante, pudiendo ser uno de los cotitulares**

NIF <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Número de documento:	<input type="text"/>		
Nombre:	<input type="text" value="Haga clic aquí."/>	1º Apellido:	<input type="text" value="Haga clic aquí."/>
		2º Apellido:	<input type="text" value="Haga clic aquí."/>
Domicilio:	<input type="text" value="Haga clic aquí para escribir texto."/>		
Población:	<input type="text" value="Haga clic aquí."/>	C.P.:	<input type="text" value="Haga clic aquí."/>
		Provincia:	<input type="text" value="Haga clic aquí."/>
Teléfono:	<input type="text" value="Haga clic aquí."/>	Teléfono móvil:	<input type="text" value="Haga clic aquí."/>
		Correo electrónico:	<input type="text" value="Haga clic aquí."/>

**Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.**

**INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS**

<b>Responsable</b>	<i>Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria de la Consejería de Sanidad</i>
<b>Finalidad</b>	<i>Gestionar el Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios</i>
<b>Legitimación</b>	<i>Ejercicio de poderes públicos y desarrollo de funciones públicas (Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha)</i>
<b>Destinatarios</b>	<i>Existe cesión de datos</i>
<b>Derechos</b>	<i>Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional</i>
<b>Información adicional</b>	<i>Puede solicitarla en la dirección de correo: <a href="mailto:protecciondatos@jccm.es">protecciondatos@jccm.es</a></i>



## Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 - Toledo

### DATOS DE SOLICITUD

ASUNTO: Autorización de funcionamiento de botiquín.

#### SOLICITA:

Que se tenga por designado un nuevo local para la autorización de funcionamiento de un botiquín (en caso de que el local designado anteriormente no reuniese las condiciones exigidas o su ubicación se considerase no idónea).

Nueva ubicación del local donde se pretende instalar el botiquín: Domicilio: ; núcleo de población: ; municipio ; provincia ; zona farmacéutica

Que se realice visita de inspección para la autorización de funcionamiento de un botiquín.

### DATOS DE LA OFICINA DE FARMACIA

Denominación:  N° oficina de farmacia:

Domicilio:  C.P.:

Nuevo domicilio en caso de traslado:  C.P.:

Población:  Provincia:

Teléfono:  Teléfono móvil:  Correo electrónico:

### ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS

#### Declaraciones responsables:

La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada o entidad que se indica, declara expresamente que:

- Cumple los requisitos exigidos que figuran en el Decreto 102/2006, de 12 de septiembre, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines y se compromete a seguir cumpliéndolos mientras se mantenga la actividad.

**Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud**, comprometiéndose a probar documentalmente los mismos cuando se le requiera para ello.

Igualmente la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.

#### Autorizaciones:

Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, esta Consejería va a proceder a verificar todos estos datos, salvo que usted no autorice expresamente dicha comprobación.



## Castilla-La Mancha

**Consejería de Sanidad**  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 - Toledo

- NO:** Los acreditativos de identidad.
- NO:** Los siguientes datos o documentos emitidos por la Administración Regional:

Haga clic aquí para escribir texto.

Haga clic aquí para escribir texto.

**Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, esta Consejería va a proceder a verificar los datos o documentos que se encuentren en poder de la Administración, y que usted señale a continuación:**

Documento:  presentado con fecha:  ante la unidad:  de la Administración:

Documento:  presentado con fecha:  ante la unidad:  de la Administración:

En el supuesto de que no autorice a esta Consejería a consultar alguno de los anteriores documentos, señale expresamente:

Haga clic aquí para escribir texto.

Haga clic aquí para escribir texto.

**En el caso de no autorizar la comprobación de los datos anteriores, se compromete a aportar la documentación pertinente.**

**Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos:**

- Poder de representación, en su caso.

En caso de designación de nuevo local:

- Justificación documental de la disponibilidad jurídica del local.
- Plano de situación en el que se señale con exactitud el emplazamiento del local.
- Plano del local realizado por técnico competente con indicación de la superficie útil de que se dispone, el detalle de la distribución y las características de los accesos desde la vía pública.

### PAGO DE TASAS

Este procedimiento no conlleva tasa.

Firma

En  , a  de  de 20 .

#### Direcciones Provinciales de la Consejería de Sanidad:

- ALBACETE. Código. DIR 3: A08014322
- CIUDAD REAL. Código. DIR 3: A08014323
- CUENCA. Código. DIR 3: A08014324
- GUADALAJARA. Código. DIR 3: A08014325
- TOLEDO. Código. DIR 3: A08014326



FICHA SIACI A CUMPLIMENTAR POR LOS ÓRGANOS GESTORES

**INFORMACIÓN RELATIVA AL PROCEDIMIENTO**

<b>Número</b> (6 dígitos a cumplimentar por IGS)	010052	
<b>Familia</b> (elegir entre 21 posibilidades)		
<input checked="" type="radio"/> 01 Comunicaciones previas, autorizaciones y licencias	<input type="radio"/> 08 Conciliación, mediación y arbitraje	<input type="radio"/> 15 Convenios
<input type="radio"/> 02 Registro	<input type="radio"/> 09 Quejas y sugerencias, consultas y reclamaciones	<input type="radio"/> 16 Tesorería y deuda
<input type="radio"/> 03 Ayudas, subvenciones, becas, premios y cursos	<input type="radio"/> 10 Elaboración de disposiciones	<input type="radio"/> 17 Tributarios y de otros ingresos de derecho público
<input type="radio"/> 04 Evaluación, informes, declaración, acreditaciones y certificaciones	<input type="radio"/> 11 Selección y contratación de personal	<input type="radio"/> 18 Recursos Humanos
<input type="radio"/> 05 Expropiación y revisión	<input type="radio"/> 12 Prestaciones Sociales y sanitarias	<input type="radio"/> 19 Operaciones con bienes
<input type="radio"/> 06 Contratación Pública	<input type="radio"/> 13 Responsabilidad patrimonial	<input type="radio"/> 20 Protección de menores
<input type="radio"/> 07 Sancionador	<input type="radio"/> 14 Recursos, revisión de oficio y reclamaciones previas	<input type="radio"/> 21 Publicaciones
<b>Nombre</b> procedimiento: Autorización de traslado, modificación o cierre de botiquín.		
<b>Consejería o Ente</b> vinculado o dependiente: Sanidad.		
<b>Normativa:</b> Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha, modificada por la Ley 2/2015, de 19 de febrero. Decreto XXXXXX, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines.		
<b>Plazo máximo de resolución:</b> 1 mes		
<b>Sentido del silencio:</b> Estimatorio		



**INFORMACIÓN RELATIVA A LOS TRÁMITES**

**CÓDIGO** solicitar a [atencion@jccm.es](mailto:atencion@jccm.es) (4 caracteres)

SJUU

Se ruega antes de crear un nuevo código, revisar si el procedimiento que se quiere dar de alta ya existe, para evitar duplicidades.

Esta ficha también debe cumplimentarse en caso de modificación de un trámite ya existente. En caso de propuesta de baja bastará poner el código e indicar dicha intención en el correo de remisión.

En caso de duda se ruega plantearla a [atencion@jccm.es](mailto:atencion@jccm.es), que es la dirección de correo de Atención e Información Ciudadana (Inspección General de Servicios).

**TÍTULO DEL TRÁMITE** No hace falta anteponer expresiones tales como solicitud. Evitar en lo posible referencia a años concretos (195 caracteres)

Autorización de traslado, modificación o cierre de botiquín.

**PLAZO DE PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES** En las sujetas a plazo poner una fecha de inicio y fecha de fin. (255 caracteres)

Abierto todo el año.

**OBJETO** Definir siempre de forma somera y precisa la actuación de la Administración. (500 caracteres)

Autorización del traslado, modificación o cierre de un botiquín.

**DESTINATARIOS** En el supuesto de no coincidir Solicitante/s y Beneficiario/s, por ejemplo en materia de ayudas y subvenciones, figurará en primer lugar la información de Solicitante/s y de forma separada la de Beneficiario/s. (1000 caracteres)

Farmacéutico titular al que se encuentra vinculado el botiquín.



**REQUISITOS EXIGIDOS** ( Poner sólo los más relevantes). (1000 caracteres)

Los botiquines sólo podrán trasladarse dentro del mismo núcleo de población donde estén ubicados, siempre y cuando el nuevo local cumpla con los requisitos establecidos en el decreto xxxx.

**IMPORTE** (1000 caracteres)

Tasas:

- 304,14 euros en traslado de botiquín
- 177,99 euros en modificación de botiquín
- 75,96 euros en cierre de botiquín

**CRITERIOS** (DE RESOLUCIÓN 500 caracteres)



**DOCUMENTACIÓN A APORTAR** Se refiere a la que debe acompañar a la solicitud inicial. Incluir, en su caso, la información relativa a los supuestos en los que puede no aportarse inicialmente (2000 caracteres)

- Poder de representación, en su caso.

En caso de traslado:

- Justificación documental de la disponibilidad jurídica del local.
- Plano de situación en el que se señale con exactitud el emplazamiento del local.
- Plano del local realizado por técnico competente con indicación de la superficie útil de que dispone, el detalle de su distribución y las características de los accesos desde la vía pública.

En caso de modificación:

- Plano con la distribución funcional del espacio y superficie o Proyecto de obra, en su caso, en el que se describan las obras que el farmacéutico pretende realizar en el local.

**TASAS:**  NO  SI (Importe) 304,14, 177,99 o 75,96

**LUGAR DE PRESENTACIÓN** Incluir lugares y formas de presentación: telemática, teléfono 012, fax..... (500 caracteres, desde 21-09-2011)

La solicitud se deberá presentar telemáticamente con firma electrónica ante el Registro de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha según el formulario publicado en la sede electrónica de la Junta ([www.jccm.es](http://www.jccm.es)).

**INFORMACIÓN ADICIONAL** Si se ofrece algún contacto para aclarar dudas, correo electrónico, teléfono o dirección postal, debe incluirse aquí (1000 caracteres)

En el plazo máximo de un mes el titular deberá:

- Tras la autorización de traslado, solicitar la autorización de funcionamiento en el local definitivo al que se traslada (Procedimiento 010051 Siaci SJUR).
- Tras la autorización de modificación, solicitar la correspondiente visita de inspección (formulario SK7E en el procedimiento 010052)

**DIRECCIONES PROVINCIALES DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD:**

- ALBACETE. Avda. Guardia Civil, Nº 5. CP-02071. Teléfono: 967 55 79 00 – Fax: 967 55 79 50
- CIUDAD REAL. C/ Paloma, Nº 7. CP-13071. Teléfono: 926 27 60 00 – Fax: 926 27 60 72
- CUENCA. C/ de las Torres, Nº 43. CP-16071. Teléfono: 969 17 65 00 – Fax: 969 17 65 06
- GUADALAJARA. C/ Doctor Fernández Iparraguirre, Nº 1. CP-19071. Teléfono: 949 88 55 00 – Fax: 949 21 68 65
- TOLEDO. C/ Guadalmena, Nº 2. CP-45071. Teléfono: 925 26 64 00 – Fax: 925 26 72 91



**MARCO LEGAL** (2000 caracteres)

Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha, modificada por la Ley 2/2015, de 19 de febrero.  
Decreto xxxxxxx, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines.

**RECURSOS** Se refiere a los recursos contra la resolución concreta, no contra la disposición reguladora (1000 caracteres)

Recurso de alzada en el plazo de un mes, ante la persona titular de la Consejería de Sanidad.

**CÓDIGO DE APLICACIÓN (Código K2)** Código que identifica la aplicación por la que se realiza la tramitación

2354

**UNIDAD ORGÁNICA COMPETENTE** Consejería, y además, el centro directivo que tenga asignada esta materia según el respectivo Decreto de estructura orgánica y competencias o similar, como Viceconsejería, Dirección General. Sólo puede ponerse un centro (255 caracteres)

Consejería de Sanidad. Direcciones Provinciales de la Consejería de Sanidad

**EN SU CASO, DIRECCIÓN WEB DONDE SE VA A UBICAR EL FORMULARIO PARA LA TRAMITACIÓN ELECTRÓNICA** (255 caracteres)

<http://www.jccm.es>

**UNIDAD/ES ORGÁNICAS DÓNDE SE DESEA RECIBIR LA DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTE EN LOS REGISTROS PÚBLICOS** (255 caracteres)

Direcciones Provinciales de la Consejería de Sanidad.



Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 - Toledo

Nº Procedimiento

010052

Código SIACI

SJUU

## SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE TRASLADO, MODIFICACIÓN O CIERRE DE UN BOTIQUÍN

### DATOS DEL FARMACÉUTICO SOLICITANTE

NIF  NIE  Número de documento:

Nombre:  1º Apellido:  2º Apellido:

Domicilio:

Población:  C.P.:  Provincia:

Teléfono:  Teléfono móvil:  Correo electrónico:

El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el aviso de notificación.

### DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE

Obligatoriamente en caso de cotitularidad se debe designar una persona representante, pudiendo ser uno de los cotitulares.

NIF  NIE  Número de documento:

Nombre:  1º Apellido:  2º Apellido:

Domicilio:

Población:  C.P.:  Provincia:

Teléfono:  Teléfono móvil:  Correo electrónico:

Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.

### MEDIO POR EL QUE RECIBIRÁ LA NOTIFICACIÓN

Notificación electrónica (Al estar obligado a la notificación electrónica debe usted registrarse en la Plataforma <https://notifica.jccm.es/notifica> y comprobar que sus datos son correctos.)

### INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS

Responsable	Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria de la Consejería de Sanidad
Finalidad	Gestionar el Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios



## Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 - Toledo

<b>Legitimación</b>	<i>Ejercicio de poderes públicos y desarrollo de funciones públicas (Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha)</i>
<b>Destinatarios</b>	<i>Existe cesión de datos</i>
<b>Derechos</b>	<i>Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional</i>
<b>Información adicional</b>	<i>Puede solicitarla en la dirección de correo: <a href="mailto:protecciondatos@jccm.es">protecciondatos@jccm.es</a></i>

### DATOS DE SOLICITUD

ASUNTO: Autorización de traslado, modificación o cierre de un botiquín.

SOLICITA: La autorización administrativa de

Traslado de botiquín.

Modificación de botiquín

Cierre de botiquín. En este caso indicar:

Causa del cierre: Haga clic aquí para escribir texto.

Carácter del cierre:  Definitivo

Temporal. Indicar período (no más de 3 meses): Haga clic aquí para escribir texto.

### DATOS DE LA OFICINA DE FARMACIA

Denominación

Nº oficina de farmacia:

Domicilio:

Población:

C.P.:

Provincia:

Teléfono:

Teléfono móvil:

Correo electrónico:

### ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS

#### Declaraciones responsables:

La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada o entidad que se indica, declara expresamente que:

- Cumple los requisitos exigidos que figuran en el Decreto **XXXXXX**, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines y se compromete a seguir cumpliéndolos mientras se mantenga la actividad.

**Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud**, comprometiéndose a probar documentalmente los mismos cuando se le requiera para ello.

Igualmente la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del



## Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 - Toledo

Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.

### Autorizaciones:

Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas., esta Consejería va a proceder a verificar todos estos datos, salvo que usted no autorice expresamente dicha comprobación.

- NO:** Los acreditativos de identidad.
- NO:** Los siguientes datos o documentos emitidos por la Administración Regional:

Haga clic aquí para escribir texto.

Haga clic aquí para escribir texto.

Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, esta Consejería va a proceder a verificar los datos o documentos que se encuentren en poder de la Administración, y que usted señale a continuación:

Documento:  presentado con fecha:  ante la unidad:  de la Administración:

Documento:  presentado con fecha:  ante la unidad:  de la Administración:

En el supuesto de que no autorice a esta Consejería a consultar alguno de los anteriores documentos, señale expresamente:

Haga clic aquí para escribir texto.

Haga clic aquí para escribir texto.

En el caso de no autorizar la comprobación de los datos anteriores, se compromete a aportar la documentación pertinente.

Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos:

- Poder de representación, en su caso.

En caso de traslado:

- Justificación documental de la disponibilidad jurídica del local.
- Plano de situación en el que se señale con exactitud el emplazamiento del local.
- Plano del local realizado por técnico competente con indicación de la superficie útil de que dispone, el detalle de la distribución y las características de los accesos desde la vía pública.

En caso de modificación:

- Plano con la distribución funcional del espacio y superficie o proyecto de obra, en su caso, en el que se describan las obras que se pretenden realizar en el local.

## PAGO DE TASAS

Este procedimiento conlleva una tasa de **304,14 euros** para la autorización de traslado, **177,99 euros** para la autorización de modificación o **75,96 euros** para la autorización de cierre de botiquín.

Podrá acreditar el pago realizado:

- Electrónicamente, mediante la referencia.**

Haga clic aquí para escribir texto.



## Castilla-La Mancha

**Consejería de Sanidad**  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 - Toledo

Firma

En Haga clic aquí. , a Haga clic aquí. de Haga clic aquí. de 20 Haga clic aquí.

**Direcciones Provinciales de la Consejería de Sanidad:**

- ALBACETE. Código. DIR 3: A08014322
- CIUDAD REAL. Código. DIR 3: A08014323
- CUENCA. Código. DIR 3: A08014324
- GUADALAJARA. Código. DIR 3: A08014325
- TOLEDO. Código. DIR 3: A08014326



Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 - Toledo

Código SIACI

SK7E

**SOLICITUD DE VISITA DE INSPECCIÓN EN EL PROCEDIMIENTO 010052, TRAMITE SJUU  
TRAS AUTORIZACIÓN DE MODIFICACIÓN DE BOTIQUIN**

**DATOS DEL FARMACÉUTICO SOLICITANTE**

NIF  NIE  Número de documento:

Nombre:  1º Apellido:  2º Apellido:

Domicilio:

Población:  C.P.:  Provincia:

Teléfono:  Teléfono móvil:  Correo electrónico:

**El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el aviso de notificación.**

**DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE**

**Obligatoriamente en caso de cotitularidad se debe designar una persona representante, pudiendo ser uno de los cotitulares**

NIF  NIE  Número de documento:

Nombre:  1º Apellido:  2º Apellido:

Domicilio:

Población:  C.P.:  Provincia:

Teléfono:  Teléfono móvil:  Correo electrónico:

**Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.**

**INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS**

<b>Responsable</b>	<i>Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria de la Consejería de Sanidad</i>
<b>Finalidad</b>	<i>Gestionar el Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios</i>
<b>Legitimación</b>	<i>Ejercicio de poderes públicos y desarrollo de funciones públicas (Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha)</i>
<b>Destinatarios</b>	<i>Existe cesión de datos</i>
<b>Derechos</b>	<i>Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional</i>
<b>Información adicional</b>	<i>Puede solicitarla en la dirección de correo: <a href="mailto:protecciondatos@jccm.es">protecciondatos@jccm.es</a></i>



## Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 - Toledo

### DATOS DE SOLICITUD

ASUNTO: Autorización de traslado o modificación de botiquín.

SOLICITA: Que se realice visita de inspección tras la modificación del botiquín.

### ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS

#### Declaraciones responsables:

La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada o entidad que se indica, declara expresamente que:

- Cumple los requisitos exigidos que figuran en el Decreto 102/2006, de 12 de septiembre, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines y se compromete a seguir cumpliéndolos mientras se mantenga la actividad.

**Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud**, comprometiéndose a probar documentalmente los mismos cuando se le requiera para ello.

Igualmente la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.

#### Autorizaciones:

Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, esta Consejería va a proceder a verificar todos estos datos, salvo que usted no autorice expresamente dicha comprobación.

**NO:** Los acreditativos de identidad.

**NO:** Los siguientes datos o documentos emitidos por la Administración Regional:

Haga clic aquí para escribir texto.

Haga clic aquí para escribir texto.

Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, esta Consejería va a proceder a verificar los datos o documentos que se encuentren en poder de la Administración, y que usted señale a continuación:

Documento:  presentado con fecha:  ante la unidad:  de la Administración:

Documento:  presentado con fecha:  ante la unidad:  de la Administración:

En el supuesto de que no autorice a esta Consejería a consultar alguno de los anteriores documentos, señale expresamente:



## Castilla-La Mancha

**Consejería de Sanidad**  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 - Toledo

Haga clic aquí para escribir texto.

Haga clic aquí para escribir texto.

**En el caso de no autorizar la comprobación de los datos anteriores, se compromete a aportar la documentación pertinente.**

**Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos:**

- Poder de representación, en su caso.

### PAGO DE TASAS

Este procedimiento no conlleva tasa.

Firma

En Haga clic aquí. , a Haga clic aquí. de Haga clic aquí. de 20 Haga clic aquí.

#### **Direcciones Provinciales de la Consejería de Sanidad:**

- ALBACETE. Código. DIR 3: A08014322  
 CIUDAD REAL. Código. DIR 3: A08014323  
 CUENCA. Código. DIR 3: A08014324  
 GUADALAJARA. Código. DIR 3: A08014325  
 TOLEDO. Código. DIR 3: A08014326



FICHA SIACI A CUMPLIMENTAR POR LOS ÓRGANOS GESTORES

**INFORMACIÓN RELATIVA AL PROCEDIMIENTO**

Número (6 dígitos a cumplimentar por IGS)

**Familia** (elegir entre 21 posibilidades)

<input checked="" type="radio"/> 01 Comunicaciones previas, autorizaciones y licencias	<input type="radio"/> 08 Conciliación, mediación y arbitraje	<input type="radio"/> 15 Convenios
<input type="radio"/> 02 Registro	<input type="radio"/> 09 Quejas y sugerencias, consultas y reclamaciones	<input type="radio"/> 16 Tesorería y deuda
<input type="radio"/> 03 Ayudas, subvenciones, becas, premios y cursos	<input type="radio"/> 10 Elaboración de disposiciones	<input type="radio"/> 17 Tributarios y de otros ingresos de derecho público
<input type="radio"/> 04 Evaluación, informes, declaración, acreditaciones y certificaciones	<input type="radio"/> 11 Selección y contratación de personal	<input type="radio"/> 18 Recursos Humanos
<input type="radio"/> 05 Expropiación y revisión	<input type="radio"/> 12 Prestaciones Sociales y sanitarias	<input type="radio"/> 19 Operaciones con bienes
<input type="radio"/> 06 Contratación Pública	<input type="radio"/> 13 Responsabilidad patrimonial	<input type="radio"/> 20 Protección de menores
<input type="radio"/> 07 Sancionador	<input type="radio"/> 14 Recursos, revisión de oficio y reclamaciones previas	<input type="radio"/> 21 Publicaciones

**Nombre** procedimiento: Autorización de instalación de cartel de la oficina de farmacia en ubicación extraordinaria

**Consejería o Ente** vinculado o dependiente: Sanidad

**Normativa:** Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha, modificada por la Ley 2/2015, de 19 de febrero.  
Decreto XXXXX, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines.

**Plazo máximo de resolución:** Tres meses

**Sentido del silencio:** Estimatorio.



**INFORMACIÓN RELATIVA A LOS TRÁMITES**

**CÓDIGO** solicitar a [atencion@jccm.es](mailto:atencion@jccm.es) (4 caracteres)

SL4O

Se ruega antes de crear un nuevo código, revisar si el procedimiento que se quiere dar de alta ya existe, para evitar duplicidades.

Esta ficha también debe cumplimentarse en caso de modificación de un trámite ya existente. En caso de propuesta de baja bastará poner el código e indicar dicha intención en el correo de remisión.

En caso de duda se ruega plantearla a [atencion@jccm.es](mailto:atencion@jccm.es), que es la dirección de correo de Atención e Información Ciudadana (Inspección General de Servicios).

**TÍTULO DEL TRÁMITE** No hace falta anteponer expresiones tales como solicitud. Evitar en lo posible referencia a años concretos (195 caracteres)

Autorización de instalación de cartel de la oficina de farmacia en ubicación extraordinaria

**PLAZO DE PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES** En las sujetas a plazo poner una fecha de inicio y fecha de fin. (255 caracteres)

Abierto todo el año.

**OBJETO** Definir siempre de forma somera y precisa la actuación de la Administración. (500 caracteres)

Autorización, con carácter excepcional, de la instalación de carteles indicadores de la oficina de farmacia, en ubicación y números distintos a los especificados en la normativa con carácter ordinario, por razón de las especiales dificultades de localización o visibilidad de la oficina de farmacia

**DESTINATARIOS** En el supuesto de no coincidir Solicitante/s y Beneficiario/s, por ejemplo en materia de ayudas y subvenciones, figurará en primer lugar la información de Solicitante/s y de forma separada la de Beneficiario/s. (1000 caracteres)

Farmacéuticos titulares de oficina de farmacia.



**REQUISITOS EXIGIDOS** ( Poner sólo los más relevantes). (1000 caracteres)

**IMPORTES** (1000 caracteres)

No conlleva tasa.

**CRITERIOS** (DE RESOLUCIÓN 500 caracteres)



**DOCUMENTACIÓN A APORTAR** Se refiere a la que debe acompañar a la solicitud inicial. Incluir, en su caso, la información relativa a los supuestos en los que puede no aportarse inicialmente (2000 caracteres)

- Poder de representación, en su caso.

**TASAS:**  NO  SI (Importe)

**LUGAR DE PRESENTACIÓN** Incluir lugares y formas de presentación: telemática, teléfono 012, fax..... (500 caracteres, desde 21-09-2011)

La solicitud se presentará telemáticamente con firma electrónica ante el Registro de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha según el formulario publicado en la sede electrónica de la Junta ([www.jccm.es](http://www.jccm.es)).

**INFORMACIÓN ADICIONAL** Si se ofrece algún contacto para aclarar dudas, correo electrónico, teléfono o dirección postal, debe incluirse aquí (1000 caracteres)

DIRECCIONES PROVINCIALES DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD:  
ALBACETE. Avda. Guardia Civil, 5 – Tlf: 967 55 79 00  
CIUDAD REAL. C/ Paloma, 7 – Tlf: 926 27 60 00  
CUENCA. C/ de las Torres, 43 – Tlf: 969 17 65 00  
GUADALAJARA. C/ Doctor Fernández Iparraguirre, 1 – Tlf: 949 88 55 00  
TOLEDO. C/ Guadalmena, 2 – Tlf: 925 26 64 00



**MARCO LEGAL** (2000 caracteres)

Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha, modificada por la Ley 2/2015, de 19 de febrero.  
Decreto XXXXXX, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines.

**RECURSOS** Se refiere a los recursos contra la resolución concreta, no contra la disposición reguladora (1000 caracteres)

Recurso de alzada en el plazo de un mes ante la persona titular de la Consejería de Sanidad.

**CÓDIGO DE APLICACIÓN (Código K2)** Código que identifica la aplicación por la que se realiza la tramitación

2354

**UNIDAD ORGÁNICA COMPETENTE** Consejería, y además, el centro directivo que tenga asignada esta materia según el respectivo Decreto de estructura orgánica y competencias o similar, como Viceconsejería, Dirección General. Sólo puede ponerse un centro (255 caracteres)

Consejería de Sanidad. Direcciones Provinciales de la Consejería de Sanidad.

**EN SU CASO, DIRECCIÓN WEB DONDE SE VA A UBICAR EL FORMULARIO PARA LA TRAMITACIÓN ELECTRÓNICA** (255 caracteres)

<http://www.jccm.es>

**UNIDAD/ES ORGÁNICAS DÓNDE SE DESEA RECIBIR LA DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTE EN LOS REGISTROS PÚBLICOS** (255 caracteres)

Direcciones Provinciales de la Consejería de Sanidad.



Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 – Toledo

Nº Procedimiento

010599

Código SIACI  
SL40

## SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE INSTALACIÓN DE CARTEL DE LA OFICINA DE FARMACIA EN UBICACIÓN EXTRAORDINARIA

### DATOS DEL TITULAR DE LA OFICINA DE FARMACIA

NIF <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Número de documento:	Haga clic aquí para escribir texto.				
Nombre:	Haga clic aquí.	1º Apellido:	Haga clic aquí.	2º Apellido:	Haga clic aquí.
Domicilio:	Haga clic aquí para escribir texto.				
Población:	Haga clic aquí para escribir texto.	C.P.:	Haga clic aquí.	Provincia:	Haga clic aquí.
Teléfono:	Haga clic aquí.	Teléfono móvil:	Haga clic aquí.	Correo electrónico:	Haga clic aquí.

El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el aviso de notificación.

### DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE

Obligatoriamente en caso de cotitularidad se debe designar una persona representante, pudiendo ser uno de los cotitulares.

NIF <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Número de documento:	Haga clic aquí para escribir texto.				
Nombre:	Haga clic aquí.	1º Apellido:	Haga clic aquí.	2º Apellido:	Haga clic aquí.
Domicilio:	Haga clic aquí para escribir texto.				
Población:	Haga clic aquí para escribir texto.	C.P.:	Haga clic aquí.	Provincia:	Haga clic aquí.
Teléfono:	Haga clic aquí.	Teléfono móvil:	Haga clic aquí.	electrónico:	Haga clic aquí.

### MEDIO POR EL QUE RECIBIRÁ LA NOTIFICACIÓN

Notificación electrónica (Al estar obligado a la notificación electrónica debe usted registrarse en la Plataforma <https://notifica.jccm.es/notifica> y comprobar que sus datos son correctos.)

Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.



Castilla-La Mancha

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 – Toledo

**INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS**

<b>Responsable</b>	<i>Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria de la Consejería de Sanidad</i>
<b>Finalidad</b>	<i>Gestionar el Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios</i>
<b>Legitimación</b>	<i>Ejercicio de poderes públicos y desarrollo de funciones públicas (Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha)</i>
<b>Destinatarios</b>	<i>Existe cesión de datos</i>
<b>Derechos</b>	<i>Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional</i>
<b>Información adicional</b>	<i>Puede solicitarla en la dirección de correo: <a href="mailto:protecciondatos@jccm.es">protecciondatos@jccm.es</a></i>

**DATOS DE LA SOLICITUD**

**ASUNTO:** Autorización de la instalación de cartel de la oficina de farmacia en ubicación extraordinaria.

**SOLICITA:** La autorización de la instalación de cartel de la oficina de farmacia en ubicación extraordinaria.

Ubicación propuesta: Haga clic aquí para escribir texto.

Causa: Haga clic aquí para escribir texto.

**DATOS DE LA OFICINA DE FARMACIA**

Denominación:	<input type="text" value="Haga clic aquí para escribir texto."/>				
Dirección:	<input type="text" value="Haga clic aquí para escribir texto."/>				
Población:	<input type="text" value="Haga clic aquí."/>	C.P.:	<input type="text" value="Haga clic aquí."/>	Provincia:	<input type="text" value="Haga clic aquí."/>
Teléfono:	<input type="text" value="Haga clic aquí."/>	Teléfono móvil:	<input type="text" value="Haga clic aquí."/>	Correo electrónico:	<input type="text" value="Haga clic aquí."/>



### ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS

#### Declaración:

La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada o entidad que se indica, declara expresamente que:

- Cumple los requisitos exigidos que figuran en el Decreto **xxxxxx**, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines y se compromete a seguir cumpliéndolos mientras se mantenga la actividad.

**Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud**, comprometiéndose a probar documentalmente los mismos cuando se le requiera para ello.

Igualmente la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.

#### Autorizaciones:

**Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, esta Consejería va a proceder a verificar todos estos datos, salvo que usted no autorice expresamente dicha comprobación.**

**NO:** Los acreditativos de identidad.

**NO:** Los siguientes datos o documentos emitidos por la Administración Regional:

Haga clic aquí para escribir texto.

Haga clic aquí para escribir texto.

**Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, esta Consejería va a proceder a verificar los datos o documentos que se encuentren en poder de la Administración, y que usted señale a continuación:**

Documento:  Haga clic. presentado con fecha:  Haga clic. ante la unidad:  Haga clic. de la Administración:  Haga clic.

Documento:  Haga clic. presentado con fecha:  Haga clic. ante la unidad:  Haga clic. de la Administración:  Haga clic.

En el supuesto de que expresamente no autorice a esta Consejería a consultar alguno de los anteriores documentos, señale expresamente:

Haga clic aquí para escribir texto.

Haga clic aquí para escribir texto.

**En el caso de no autorizar la comprobación de los datos anteriores, se compromete a aportar la documentación pertinente.**



**Castilla-La Mancha**

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 – Toledo

**Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos:**

Poder de representación, en su caso.

**PAGO DE TASAS**

Este procedimiento no conlleva tasa.

Firma

En Haga clic aquí. , a Haga clic aquí. de Haga clic aquí. de 20 Haga clic aquí.

**Direcciones Provinciales de la Consejería de Sanidad:**

- ALBACETE. Código. DIR 3: A08014322
- CIUDAD REAL. Código. DIR 3: A08014323
- CUENCA. Código. DIR 3: A08014324
- GUADALAJARA. Código. DIR 3: A08014325
- TOLEDO. Código. DIR 3: A08014326



FICHA SIACI A CUMPLIMENTAR POR LOS ÓRGANOS GESTORES

**INFORMACIÓN RELATIVA AL PROCEDIMIENTO**

Número (6 dígitos a cumplimentar por IGS)

**Familia** (elegir entre 21 posibilidades)

<input checked="" type="radio"/> 01 Comunicaciones previas, autorizaciones y licencias	<input type="radio"/> 08 Conciliación, mediación y arbitraje	<input type="radio"/> 15 Convenios
<input type="radio"/> 02 Registro	<input type="radio"/> 09 Quejas y sugerencias, consultas y reclamaciones	<input type="radio"/> 16 Tesorería y deuda
<input type="radio"/> 03 Ayudas, subvenciones, becas, premios y cursos	<input type="radio"/> 10 Elaboración de disposiciones	<input type="radio"/> 17 Tributarios y de otros ingresos de derecho público
<input type="radio"/> 04 Evaluación, informes, declaración, acreditaciones y certificaciones	<input type="radio"/> 11 Selección y contratación de personal	<input type="radio"/> 18 Recursos Humanos
<input type="radio"/> 05 Expropiación y revisión	<input type="radio"/> 12 Prestaciones Sociales y sanitarias	<input type="radio"/> 19 Operaciones con bienes
<input type="radio"/> 06 Contratación Pública	<input type="radio"/> 13 Responsabilidad patrimonial	<input type="radio"/> 20 Protección de menores
<input type="radio"/> 07 Sancionador	<input type="radio"/> 14 Recursos, revisión de oficio y reclamaciones previas	<input type="radio"/> 21 Publicaciones

**Nombre** procedimiento: COMUNICACIÓN DE BÚSQUEDA DE FARMACÉUTICO ADJUNTO PARA LA OFICINA DE FARMACIA

**Consejería o Ente** vinculado o dependiente: Sanidad

**Normativa:** Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha, modificada por la Ley 2/2015, de 19 de febrero.  
Decreto XXXXX, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines.

**Plazo máximo de resolución:**

**Sentido del silencio:**



**INFORMACIÓN RELATIVA A LOS TRÁMITES**

**CÓDIGO** solicitar a [atencion@jccm.es](mailto:atencion@jccm.es) (4 caracteres)

ML4N

Se ruega antes de crear un nuevo código, revisar si el procedimiento que se quiere dar de alta ya existe, para evitar duplicidades.

Esta ficha también debe cumplimentarse en caso de modificación de un trámite ya existente. En caso de propuesta de baja bastará poner el código e indicar dicha intención en el correo de remisión.

En caso de duda se ruega plantearla a [atencion@jccm.es](mailto:atencion@jccm.es), que es la dirección de correo de Atención e Información Ciudadana (Inspección General de Servicios).

**TÍTULO DEL TRÁMITE** No hace falta anteponer expresiones tales como solicitud. Evitar en lo posible referencia a años concretos (195 caracteres)

COMUNICACIÓN DE BÚSQUEDA DE FARMACÉUTICO  
ADJUNTO PARA LA OFICINA DE FARMACIA

**PLAZO DE PRESENTACIÓN DE SOLICITUDES** En las sujetas a plazo poner una fecha de inicio y fecha de fin. (255 caracteres)

Deberá presentarse la comunicación en el plazo de una semana desde que la plaza -que debe estar cubierta de acuerdo con la normativa- se encuentre vacante.

**OBJETO** Definir siempre de forma somera y precisa la actuación de la Administración. (500 caracteres)

Comunicación de la búsqueda de farmacéutico adjunto para su contratación por la oficina de farmacia (cuando dicha contratación es necesaria según la normativa), a efectos de disponer de un plazo de dos meses para realizar la selección de personal y formalizar el contrato (podrá ser ampliado otros dos meses más por causa justificada y previa autorización de la Dirección Provincial)

**DESTINATARIOS** En el supuesto de no coincidir Solicitante/s y Beneficiario/s, por ejemplo en materia de ayudas y subvenciones, figurará en primer lugar la información de Solicitante/s y de forma separada la de Beneficiario/s. (1000 caracteres)

Farmacéuticos titulares de oficina de farmacia.



**REQUISITOS EXIGIDOS** ( Poner sólo los más relevantes). (1000 caracteres)

**IMPORTES** (1000 caracteres)

No conlleva tasa.

**CRITERIOS** (DE RESOLUCIÓN 500 caracteres)



**DOCUMENTACIÓN A APORTAR** Se refiere a la que debe acompañar a la solicitud inicial. Incluir, en su caso, la información relativa a los supuestos en los que puede no aportarse inicialmente (2000 caracteres)

- Poder de representación, en su caso.
- Solicitudes de empleo para el puesto y categoría de adjunto de oficina de farmacia.
- Documentación acreditativa de la causa que justifique la ampliación del plazo, en su caso.

**TASAS:**

 NO SI (Importe)

**LUGAR DE PRESENTACIÓN** Incluir lugares y formas de presentación: telemática, teléfono 012, fax..... (500 caracteres, desde 21-09-2011)

La comunicación se presentará telemáticamente con firma electrónica ante el Registro de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha según el formulario publicado en la sede electrónica de la Junta ([www.jccm.es](http://www.jccm.es)).

**INFORMACIÓN ADICIONAL** Si se ofrece algún contacto para aclarar dudas, correo electrónico, teléfono o dirección postal, debe incluirse aquí (1000 caracteres)

DIRECCIONES PROVINCIALES DE LA CONSEJERÍA DE SANIDAD:  
ALBACETE. Avda. Guardia Civil, 5 – Tlf: 967 55 79 00  
CIUDAD REAL. C/ Paloma, 7 – Tlf: 926 27 60 00  
CUENCA. C/ de las Torres, 43 – Tlf: 969 17 65 00  
GUADALAJARA. C/ Doctor Fernández Iparraguirre, 1 – Tlf: 949 88 55 00  
TOLEDO. C/ Guadalmena, 2 – Tlf: 925 26 64 00



**MARCO LEGAL** (2000 caracteres)

Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha, modificada por la Ley 2/2015, de 19 de febrero.  
Decreto XXXXXX, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines.

**RECURSOS** Se refiere a los recursos contra la resolución concreta, no contra la disposición reguladora (1000 caracteres)

**CÓDIGO DE APLICACIÓN (Código K2)** Código que identifica la aplicación por la que se realiza la tramitación

2354

**UNIDAD ORGÁNICA COMPETENTE** Consejería, y además, el centro directivo que tenga asignada esta materia según el respectivo Decreto de estructura orgánica y competencias o similar, como Viceconsejería, Dirección General. Sólo puede ponerse un centro (255 caracteres)

Consejería de Sanidad. Direcciones Provinciales de la Consejería de Sanidad.

**EN SU CASO, DIRECCIÓN WEB DONDE SE VA A UBICAR EL FORMULARIO PARA LA TRAMITACIÓN ELECTRÓNICA** (255 caracteres)

<http://www.jccm.es>

**UNIDAD/ES ORGÁNICAS DÓNDE SE DESEA RECIBIR LA DOCUMENTACIÓN QUE SE PRESENTE EN LOS REGISTROS PÚBLICOS** (255 caracteres)

Direcciones Provinciales de la Consejería de Sanidad.



Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad  
Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 – Toledo

Nº Procedimiento

010600

Código SIACI  
ML4N

## COMUNICACIÓN DE BÚSQUEDA DE FARMACÉUTICO ADJUNTO PARA LA OFICINA DE FARMACIA

### DATOS DEL TITULAR DE LA OFICINA DE FARMACIA

NIF <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Número de documento:	Haga clic aquí para escribir texto.				
Nombre:	Haga clic aquí.	1º Apellido:	Haga clic aquí.	2º Apellido:	Haga clic aquí.
Domicilio:	Haga clic aquí para escribir texto.				
Población:	Haga clic aquí para escribir texto.	C.P.:	Haga clic aquí.	Provincia:	Haga clic aquí.
Teléfono:	Haga clic aquí.	Teléfono móvil:	Haga clic aquí.	Correo electrónico:	Haga clic aquí.

**El correo electrónico designado será el medio por el que desea recibir el aviso de notificación.**

### DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE

**Obligatoriamente en caso de cotitularidad se debe designar una persona representante, pudiendo ser uno de los cotitulares.**

NIF <input type="checkbox"/> NIE <input type="checkbox"/> Número de documento:	Haga clic aquí para escribir texto.				
Nombre:	Haga clic aquí.	1º Apellido:	Haga clic aquí.	2º Apellido:	Haga clic aquí.
Domicilio:	Haga clic aquí para escribir texto.				
Población:	Haga clic aquí para escribir texto.	C.P.:	Haga clic aquí.	Provincia:	Haga clic aquí.
Teléfono:	Haga clic aquí.	Teléfono móvil:	Haga clic aquí.	electrónico:	Haga clic aquí.

### MEDIO POR EL QUE RECIBIRÁ LA NOTIFICACIÓN

Notificación electrónica (Al estar obligado a la notificación electrónica debe usted registrarse en la Plataforma <https://notifica.jccm.es/notifica> y comprobar que sus datos son correctos.)

**Si existe representante, las comunicaciones que deriven de este escrito se realizarán con el representante designado por el interesado.**



Castilla-La Mancha

Consejería de Sanidad

Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 – Toledo

### INFORMACIÓN BÁSICA DE PROTECCIÓN DE DATOS

<b>Responsable</b>	<i>Dirección General de Planificación, Ordenación e Inspección Sanitaria de la Consejería de Sanidad</i>
<b>Finalidad</b>	<i>Gestionar el Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios</i>
<b>Legitimación</b>	<i>Ejercicio de poderes públicos y desarrollo de funciones públicas (Ley 5/2005, de 27 de junio, de Ordenación del Servicio Farmacéutico de Castilla-La Mancha)</i>
<b>Destinatarios</b>	<i>Existe cesión de datos</i>
<b>Derechos</b>	<i>Puede ejercer los derechos de acceso, rectificación o supresión de sus datos, así como otros derechos, tal y como se explica en la información adicional</i>
<b>Información adicional</b>	<i>Puede solicitarla en la dirección de correo: <a href="mailto:protecciondatos@jccm.es">protecciondatos@jccm.es</a></i>

### DATOS DE LA COMUNICACIÓN

**ASUNTO:** Comunicación de búsqueda de farmacéutico adjunto para la oficina de farmacia.

**EXPONE:** Que, de acuerdo con el Decreto ....., debo contratar un farmacéutico adjunto y actualmente está vacante dicha plaza.

A efectos de disponer de un plazo de dos meses para realizar la selección de personal y formalizar un contrato,

**COMUNICO:** Que estoy buscando personas adecuadas para dicho empleo y para ello he formulado solicitud de empleo para el puesto y categoría de adjunto de oficina de farmacia, al menos en una oficina de empleo de Castilla-La Mancha.

El período de dos meses podrá ser ampliado otros dos más por causa justificada y previa autorización de la Dirección Provincial. Con este fin

**COMUNICO** la siguiente causa: Haga clic aquí.

### DATOS DE LA OFICINA DE FARMACIA

Denominación:	<input type="text" value="Haga clic aquí para escribir texto."/>				
Dirección:	<input type="text" value="Haga clic aquí para escribir texto."/>				
Población:	<input type="text" value="Haga clic aquí."/>	C.P.:	<input type="text" value="Haga clic aquí."/>	Provincia:	<input type="text" value="Haga clic aquí."/>
Teléfono:	<input type="text" value="Haga clic aquí."/>	Teléfono móvil:	<input type="text" value="Haga clic aquí."/>	Correo electrónico:	<input type="text" value="Haga clic aquí."/>



**ACREDITACIÓN DEL CUMPLIMIENTO DE LOS REQUISITOS**

**Declaración:**

La persona abajo firmante, en su propio nombre o en representación de persona interesada o entidad que se indica, declara expresamente que:

- Cumple los requisitos exigidos que figuran en el Decreto **xxxxxx**, de planificación farmacéutica y requisitos, personal y autorizaciones de las oficinas de farmacia y botiquines y se compromete a seguir cumpliéndolos mientras se mantenga la actividad.

**Que son ciertos los datos consignados en la presente solicitud**, comprometiéndose a probar documentalmente los mismos cuando se le requiera para ello.

Igualmente la persona abajo firmante declara conocer que en el caso de falsedad en los datos y/o en la documentación aportados u ocultamiento de información, de la que pueda deducirse intención de engaño en beneficio propio o ajeno, podrá ser excluida de este procedimiento, ser objeto de sanción y, en su caso, los hechos se pondrán en conocimiento del Ministerio Fiscal por si pudieran ser constitutivos de un ilícito penal.

**Autorizaciones:**

**Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas, esta Consejería va a proceder a verificar todos estos datos, salvo que usted no autorice expresamente dicha comprobación.**

**NO:** Los acreditativos de identidad.

**NO:** Los siguientes datos o documentos emitidos por la Administración Regional:

Haga clic aquí para escribir texto.

Haga clic aquí para escribir texto.

**Según el artículo 28 de la Ley 39/2015, esta Consejería va a proceder a verificar los datos o documentos que se encuentren en poder de la Administración, y que usted señale a continuación:**

Documento:  presentado con fecha:  ante la unidad:  de la Administración:

Documento:  presentado con fecha:  ante la unidad:  de la Administración:

En el supuesto de que expresamente no autorice a esta Consejería a consultar alguno de los anteriores documentos, señale expresamente:

Haga clic aquí para escribir texto.

Haga clic aquí para escribir texto.



Castilla-La Mancha

**Consejería de Sanidad**

Dirección General de Planificación,  
Ordenación e Inspección Sanitaria.  
Avda. de Francia, 4  
45071 – Toledo

**En el caso de no autorizar la comprobación de los datos anteriores, se compromete a aportar la documentación pertinente.**

**Además de la información antes descrita, declara aportar los siguientes documentos:**

- Poder de representación, en su caso.
- Solicitudes de empleo para el puesto y categoría de adjunto de oficina de farmacia
- Documentación acreditativa de la causa que justifique la ampliación del plazo, en su caso.

**PAGO DE TASAS**

Este procedimiento no conlleva tasa.

Firma

En Haga clic aquí. , a Haga clic aquí. de Haga clic aquí. de 20 Haga clic aquí.

**Direcciones Provinciales de la Consejería de Sanidad:**

- ALBACETE. Código. DIR 3: A08014322
- CIUDAD REAL. Código. DIR 3: A08014323
- CUENCA. Código. DIR 3: A08014324
- GUADALAJARA. Código. DIR 3: A08014325
- TOLEDO. Código. DIR 3: A08014326