

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

N° REGISTRO, FECHA Y HORA

**SOLICITUD****INSCRIPCIÓN/MODIFICACIÓN DE LAS INSTALACIONES COMO:**

- ALMACÉN MAYORISTA DE DISTRIBUCIÓN DE MEDICAMENTOS VETERINARIOS  
 ESTABLECIMIENTO PARA LA DISTRIBUCIÓN Y COMERCIALIZACIÓN DE MEDICAMENTOS VETERINARIOS (COMERCIAL DETALLISTA)  
 ENTIDADES O AGRUPACIONES GANADERAS  
 ESTABLECIMIENTOS PARA LA COMERCIALIZACIÓN DE PRODUCTOS ZOOSANITARIOS  
 CENTROS ELABORADORES DE AUTOVACUNAS  
 GASES MEDICINALES  
 BOTIQUINES DE URGENCIA  
 CENTROS VETERINARIOS  
 PRODUCTOS DE VENTA POR OTROS CANALES

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

1 DATOS DE LA EMPRESA/AGRUPACIÓN GANADERA/CENTRO						
NOMBRE O RAZÓN SOCIAL:					NIF:	
TVIA:	NVIAC:			NUMER:	CNUMER:	KMT:
BLOQ:	PORT:	ESCA:	PLAN:	PUER:	NÚCLEO:	
PROVINCIA:			CÓD. POSTAL:		TELÉFONO:	
FAX:		CORREO ELECTRÓNICO:				

2 DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE LEGAL						
APELLIDOS Y NOMBRE:					SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE:
TVIA:	NVIAC:			NUMER:	CNUMER:	KMT:
BLOQ:	PORT:	ESCA:	PLAN:	PUER:	NÚCLEO:	
PROVINCIA:			CÓD. POSTAL:		TELÉFONO:	
FAX:		CORREO ELECTRÓNICO:				

3 DATOS DEL/DE LA FARMACÉUTICO/A RESPONSABLE/PERSONA DIRECTORA TÉCNICA FARMACÉUTICA						
APELLIDOS Y NOMBRE:					SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE:
TVIA:	NVIAC:			NUMER:	CNUMER:	KMT:
BLOQ:	PORT:	ESCA:	PLAN:	PUER:	NÚCLEO:	
PROVINCIA:			CÓD. POSTAL:		TELÉFONO:	
FAX:		CORREO ELECTRÓNICO:				
PROVINCIA COLEGIACIÓN:					NÚMERO COLEGIADO:	

**3.1 CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE**

- La persona abajo firmante presta su **CONSENTIMIENTO** para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad.  
 **NO CONSIENTE** y aporta fotocopia autenticada del DNI/NIE.

El/la Farmacéutico/a responsable/persona directora técnica

Fdo.: .....



<b>4 DATOS DEL/DE LA VETERINARIO/A RESPONSABLE (EN CASO DE ENTIDADES O AGRUPACIONES GANADERAS Y GASES MEDICINALES)</b>						
APELLIDOS Y NOMBRE:				SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE:	
TVIA:	NVIAC:			NUMER:	CNUMER:	KMT:
BLOQ:	PORT:	ESCA:	PLAN:	PUER:	NÚCLEO:	
PROVINCIA:			CÓD. POSTAL:		TELÉFONO:	
FAX:		CORREO ELECTRÓNICO:				
PROVINCIA COLEGIACIÓN:				NÚMERO COLEGIADO:		

<b>4.1 CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE</b>
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su <b>CONSENTIMIENTO</b> para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad. <input type="checkbox"/> <b>NO CONSIENTE</b> y aporta fotocopia autenticada del DNI/NIE. <p style="text-align: center;">El/la Veterinario/a responsable.</p> <p style="text-align: center;">Fdo.: .....</p>

<b>5 DATOS DEL/DE LA PERSONA DIRECTORA TÉCNICA/CONTROL DE CALIDAD (EN CASO DE CENTROS ELABORADORES DE AUTOVACUNAS)</b>						
APELLIDOS Y NOMBRE:				SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE:	
TVIA:	NVIAC:			NUMER:	CNUMER:	KMT:
BLOQ:	PORT:	ESCA:	PLAN:	PUER:	NÚCLEO:	
PROVINCIA:			CÓD. POSTAL:		TELÉFONO:	
FAX:		CORREO ELECTRÓNICO:				
PROVINCIA COLEGIACIÓN:				NÚMERO COLEGIADO:		

<b>5.1 CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE</b>
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su <b>CONSENTIMIENTO</b> para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad. <input type="checkbox"/> <b>NO CONSIENTE</b> y aporta fotocopia autenticada del DNI/NIE. <p style="text-align: center;">El/la Director/a técnica.</p> <p style="text-align: center;">Fdo.: .....</p>

<b>6 DATOS DE LA PERSONA RESPONSABLE DE LA FABRICACIÓN (EN CASO DE CENTROS ELABORADORES DE AUTOVACUNAS)</b>						
APELLIDOS Y NOMBRE:				SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE:	
TVIA:	NVIAC:			NUMER:	CNUMER:	KMT:
BLOQ:	PORT:	ESCA:	PLAN:	PUER:	NÚCLEO:	
PROVINCIA:			CÓD. POSTAL:		TELÉFONO:	
FAX:		CORREO ELECTRÓNICO:				
PROVINCIA COLEGIACIÓN:				NÚMERO COLEGIADO:		

<b>6.1 CONSENTIMIENTO EXPRESO DNI/NIE</b>
<input type="checkbox"/> La persona abajo firmante presta su <b>CONSENTIMIENTO</b> para la consulta de sus datos de identidad a través del Sistema de Verificación de Datos de Identidad. <input type="checkbox"/> <b>NO CONSIENTE</b> y aporta fotocopia autenticada del DNI/NIE. <p style="text-align: center;">El/la Director/a técnica.</p> <p style="text-align: center;">Fdo.: .....</p>

**7 DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA (Original y/o copia para su cotejo)**

- Cuando se trate de la persona jurídica, copia autenticada del NIF, del DNI del representante legal, así como de la escritura o acto constitutivo de la entidad, y la acreditación de la inscripción de la entidad en el registro correspondiente.
- DNI/NIE del/de la farmacéutico/a o del director/a farmacéutico/responsable.
- Copia compulsada del nombramiento del/de la técnico o del/de la director/a farmacéutico/a responsable del servicio farmacéutico, firmada por ambas partes.
- Memoria explicativa del proyecto y de los medios tecnológicos y humanos de que se dispone para el desempeño de la actividad, suscrita por el/la farmacéutico/a.
- Planos de situación de la empresa y de los locales del mismo, especificando el uso que se da a cada zona.

**8 DOCUMENTACIÓN PRESENTADA (A cumplimentar sólo en los casos en los que proceda)**

DECLARO, que la siguiente documentación no se aporta por obrar ya en poder de la Administración de la Junta de Andalucía.

DOCUMENTO	ORGANISMO	PROCEDIMIENTO EN EL QUE SE PRESENTÓ	FECHA DE PRESENTACIÓN DEL DOCUMENTO

**9 DECLARACIÓN, SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA**

La persona abajo firmante, **DECLARA**, bajo su expresa responsabilidad que son ciertos cuantos datos figuran en la presente **SOLICITUD**, así como en la documentación que acompaña, se **COMPROMETE** a cumplir las obligaciones y requisitos exigidos por las normas de aplicación, y expresamente a:

- Disponer de locales acondicionados de manera que no afecten negativamente al almacenamiento de los productos y dotados de medios frigoríficos adecuados, con dispositivos de control que garanticen el funcionamiento preciso de los mismos.
- Contar con servicio farmacéutico responsable del cumplimiento de las obligaciones establecidas en el artículo del presente Decreto, sobre medicamentos veterinarios atribuye al citado servicio.
- Estar identificado con la leyenda Productos Zoosanitarios.
- No almacenar en los centros dispensadores de medicamentos veterinarios más que medicamentos veterinarios y otros productos sanitarios de uso veterinario autorizados y aditivos para alimentación animal que figuren en las listas positivas oficiales, siempre en los envases originales intactos y, en el caso de los aditivos, adecuadamente identificados.
- Garantizar la observancia de las condiciones generales o particulares de conservación de los medicamentos y especialmente el mantenimiento de la cadena de frío en toda la red de distribución mediante procedimientos normalizados.
- Dispensar medicamentos veterinarios sometidos a prescripción veterinaria solamente contra la presentación de la correspondiente receta.
- Conservar una documentación detallada, que deberá contener, como mínimo, los siguientes datos para cada transacción de entrada o salida:
  - Fecha.
  - Identificación precisa del medicamento veterinario.
  - Número de lote de fabricación.
  - Cantidad recibida o suministrada.
  - Nombre y dirección del/de la proveedor/a o del/de la destinatario/a.
  - Cuando se trate de productos sometidos a prescripción, nombre y dirección del veterinario que recetó el medicamento y referencia a la receta archivada.
- Llevar a cabo, al menos una vez al año, una autoinspección detallada en la que se deberá contrastar la lista de productos entrantes y salientes con las existencias en ese momento, y se registrará en un informe cualquier diferencia comprobada, analizando las causas e indicando las acciones correctoras.
- La documentación y registros que se enumeran en los epígrafes anteriores estarán a disposición de los órganos de la Administración autonómica andaluza con competencia en sanidad animal a efectos de inspección, durante un período mínimo de cinco años.
- De los cambios en la propiedad de los centros dispensadores, se dará cuenta por las personas interesadas al órgano de los órganos de la Administración autonómica andaluza con competencia en sanidad animal que otorgó la autorización. El citado órgano competente será informado sin dilación en caso de sustitución imprevista de la persona técnica responsable, indicándole el nombre del sustituto o sustituta que actuará con carácter provisional hasta que sea nombrada una nueva persona técnica en la forma indicada en el art. 8.3 del presente Decreto, sobre medicamentos veterinarios.
- Tener a disposición de la Delegación Provincial de la Consejería competente en materia de sanidad animal, la documentación que acredite el nombramiento de las personas técnicas, farmacéuticas, veterinarias o de la persona que ejerce la dirección técnica farmacéutica según los casos, acompañada de la documentación acreditativa de su habilitación para el ejercicio profesional.

**9 DECLARACIÓN, SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA (continuación)**

La persona abajo firmante, **DECLARA**, bajo su expresa responsabilidad que son ciertos cuantos datos figuran en la presente **SOLICITUD**, así como en la documentación que acompaña, se **COMPROMETE** a cumplir las obligaciones y requisitos exigidos por las normas de aplicación, y expresamente a:

12. En caso de establecimientos comerciales y de Entidades o Agrupaciones Ganaderas, tener a disposición a requerimiento de la Delegación Provincial de la Consejería competente en materia de sanidad animal un Plan de trabajo del personal farmacéutico responsable.

13. En caso de Entidades o Agrupaciones Ganaderas, se cumplirá lo dispuesto en el artículo 7 del presente Decreto, sobre medicamentos veterinarios.

14. En caso de Establecimientos Elaboradores de Autovacunas, tener a disposición de la Delegación Provincial de la Consejería competente en materia de sanidad animal, la documentación dispuesta en el artículo 23.3 c) del presente Decreto, sobre medicamentos veterinarios.

15. En caso de Entidades elaboradoras de autovacuna, se cumplirá lo dispuesto en los artículos 22 al 26 del presente Decreto, sobre medicamentos veterinarios.

16. En caso de Centros veterinarios, se cumplirá lo dispuesto en el artículo 14 del presente Decreto, sobre medicamentos veterinarios.

17. En caso de Productos de Venta por otros canales, se cumplirá lo dispuesto en el artículo 11 del presente Decreto, sobre medicamentos veterinarios.

18. En caso de Establecimientos para la Comercialización de Productos Zoonos, se cumplirá lo dispuesto en el artículo 12 del presente Decreto, sobre medicamentos veterinarios.

**SOLICITA:**

La inscripción del Establecimiento/Agrupación Ganadera/Centro en el registro establecimientos de medicamentos veterinarios de Andalucía.

La inscripción de modificación de las instalaciones por:

Cambios en las instalaciones.

Traslado a nuevas instalaciones.

Cambio de titularidad.

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

EL/LA TITULAR O EL/LA REPRESENTANTE LEGAL

Fdo.: .....

ILMO/A. SR/A. DELEGADO/A PROVINCIAL DE LA CONSEJERÍA DE AGRICULTURA Y PESCA EN .....

**PROTECCIÓN DE DATOS**

En cumplimiento de lo dispuesto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, la Consejería de Agricultura y Pesca le informa que los datos personales obtenidos mediante la cumplimentación de este documento/impreso/formulario y demás que se adjuntan van a ser incorporados, para su tratamiento, en un fichero automatizado. Asimismo, se le informa que la recogida y tratamiento de dichos datos tienen como finalidad la gestión de la documentación De acuerdo con lo previsto en la citada Ley Orgánica, y conforme al procedimiento reglamentariamente establecido, puede ejercitar los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición dirigiendo un escrito a la D.G. de la Producción Agrícola y Ganadera. Consejería de Agricultura y Pesca. C/ Tabladilla, s/n. 41071. SEVILLA.