

I. COMUNIDAD DE MADRID

C) Otras Disposiciones

Consejería de Sanidad

8 *RESOLUCIÓN de 21 de diciembre de 2012, de la Dirección General de Ordenación e Inspección, por la que se ordena la publicación de impresos normalizados.*

En el BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID de 1 de febrero de 2010 se publicó la Resolución de 15 de enero de 2010, de la Dirección General de Ordenación e Inspección, por la que se habilita el Registro Telemático de la Consejería de Sanidad para la realización de trámites telemáticos durante la tramitación de los expedientes de varios procedimientos administrativos, incluyéndose en el Anexo el modelo de solicitud de “Autorización de oficinas de farmacia en la Comunidad de Madrid”.

En este tiempo se ha observado que el modelo único de solicitud, que incluye instalación, modificación de local y transmisión de oficinas de farmacia, dificulta su correcta cumplimentación. Además, es necesario incorporar a las fases del procedimiento de instalación de oficina de farmacia la autorización de funcionamiento preceptiva conforme con el Real Decreto 1277/2003, de 10 de octubre, por el que se establecen las bases generales sobre autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. Por estos motivos, se han diseñado tres modelos independientes de solicitud para instalación, modificación de local y transmisión de oficina de farmacia en la Comunidad de Madrid.

El apartado 14.h) del Decreto 85/2002, de 23 de mayo, por el que se regulan los sistemas de evaluación de calidad de los servicios públicos y se aprueban los Criterios de Calidad de la Actuación Administrativa en la Comunidad de Madrid, establece la obligación de publicar en el BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID, por resolución del órgano correspondiente, los impresos normalizados de procedimientos administrativos, previo informe de la Dirección General de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano.

En virtud de la normativa citada y demás de pertinente aplicación, en el ejercicio de las competencias atribuidas,

RESUELVO

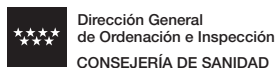
Único

Publicación de impresos

Ordenar la publicación en el BOLETÍN OFICIAL DE LA COMUNIDAD DE MADRID de los modelos de solicitud que se adjuntan, a los efectos regulados en el artículo 35.1 de la Ley 11/2007, de 22 de junio, de Acceso Electrónico de los Ciudadanos a los Servicios Públicos, correspondientes a los procedimientos:

- Solicitud de instalación de oficina de farmacia en la Comunidad de Madrid.
- Solicitud de modificación de local de oficina de farmacia en la Comunidad de Madrid.
- Solicitud de transmisión de oficina de farmacia en la Comunidad de Madrid.

Madrid, a 21 de diciembre de 2012.—La Directora General de Ordenación e Inspección, Paloma Martín Martín.


Comunidad de Madrid

Etiqueta del Registro

Solicitud de instalación de oficina de farmacia en la Comunidad de Madrid
1.- Tipo de solicitud:

<input type="radio"/>	Nueva instalación	<input type="radio"/>	Traslado de oficina de farmacia
<input type="radio"/>	Autorización de instalación	<input type="radio"/>	Autorización de traslado
<input type="radio"/>	Autorización de funcionamiento	<input type="radio"/>	Autorización de funcionamiento

2.- Datos de la oficina de farmacia:
2.1.- Local de origen (solo para traslados):

Nº de oficina de farmacia			
Dirección	Tipo vía	Nombre vía	Nº
CP	Localidad		
Fax	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	

2.2.- Local que designa para instalación (nueva o por traslado):

Dirección	Tipo vía	Nombre vía	Nº
CP	Localidad		
Fax	Teléfono Fijo	Teléfono Móvil	

3.- Datos del Director/es Técnico/s solicitante/s:

NIF	Apellido 1	Apellido 2
Nombre	Correo electrónico	
Fax	Teléfono fijo	Teléfono móvil

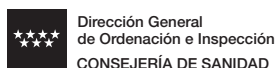
NIF	Apellido 1	Apellido 2
Nombre	Correo electrónico	
Fax	Teléfono fijo	Teléfono móvil

4.- Datos del representante:

NIF	Apellido 1	Apellido 2
Nombre	Correo electrónico	
Fax	Teléfono fijo	Teléfono móvil

5.- Medio de notificación

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

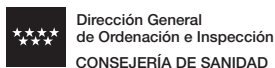


Comunidad de Madrid

6.- Documentación requerida (*)

(*) Toda la documentación presentada deberá ser original o copia compulsada

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Documento que justifique la disponibilidad jurídica del local propuesto: escritura de compraventa, contrato de arrendamiento, otros documentos que así lo acrediten.	<input type="checkbox"/>
Croquis con el emplazamiento del local propuesto, en el que se indicarán la situación y las distancias con respecto a las otras oficinas de farmacia situadas en los alrededores, así como de los centros de salud existentes o cuya construcción esté prevista. Este croquis debe ir firmado por la propiedad y por el técnico que lo elabore (El tamaño máximo admitido será DIN-A3). Nota.- En caso de presentación presencial (NO telemática) habrá que presentar dos ejemplares	<input type="checkbox"/>
Certificación facultativa expedida por un técnico competente, visada por el correspondiente colegio profesional, en la que se especifique el estado de construcción del local, superficie útil de que dispone de acceso libre, directo y permanente a la vía pública. Nota.- En caso de presentación presencial (NO telemática) habrá que presentar dos ejemplares	<input type="checkbox"/>
Plano acotado a escala 1:50 del local propuesto realizado en planta de distribución. Este plano debe ir fechado y firmado por la propiedad y por el técnico que lo elabore (El tamaño máximo admitido será DIN-A3). Nota.- En caso de presentación presencial (NO telemática) habrá que presentar dos ejemplares	<input type="checkbox"/>
Plano del local propuesto en relación con el edificio del que forma parte. Este plano debe ir firmado por la propiedad y por el técnico que lo elabore (El tamaño máximo admitido será DIN-A3). Nota.- En caso de presentación presencial (NO telemática) habrá que presentar dos ejemplares	<input type="checkbox"/>
Manifestación expresa del farmacéutico indicando que en el momento de la solicitud de la autorización de funcionamiento, contará al menos con las zonas establecidas en el artículo 29.1 de la Ley 19/1998, de 25 de noviembre, de Ordenación y Atención Farmacéutica de la Comunidad de Madrid.	<input type="checkbox"/>
Abono de la tasa correspondiente mediante el Modelo 030 de la Comunidad de Madrid.	<input type="checkbox"/>
A. Documentación específica adicional para nuevas instalaciones	
Declaración jurada de no incurrir en causa invalidante para el ejercicio profesional como director técnico propietario de oficina de farmacia	<input type="checkbox"/>
B. Documentación específica adicional para traslados forzosos	
Si el traslado de la oficina de farmacia fuera forzoso, deberá acreditarse de forma objetiva esta circunstancia	<input type="checkbox"/>
C. Documentación requerida para solicitar la autorización de funcionamiento (en nuevas instalaciones y traslados), previa a la apertura al público del establecimiento	
Solicitud de autorización de funcionamiento de la oficina de farmacia en el nuevo emplazamiento autorizado.	<input type="checkbox"/>
Plano de distribución definitiva del local (tras la realización de las obras), requerido en la Resolución de traslado/nueva instalación, en el que consten la superficie útil, los accesos a la vía pública, mobiliario fijo y las zonas diferenciadas de la oficina de farmacia.	<input type="checkbox"/>
Cédula/s original/es de colegiación del titular/es, en la que conste la nueva ubicación de la Oficina de Farmacia.	<input type="checkbox"/>
Documentación acreditativa (excedencia, jubilación,...) de no incurrir en ninguna de las causas de incompatibilidad fijadas por la normativa vigente según anexo	<input type="checkbox"/>
Relación firmada de estupefacientes y materias primas psicotrópicas que estarán disponibles en la oficina de farmacia el día de la apertura en su nueva ubicación (número de envases, cantidad, lote, caducidad y sello de la oficina de farmacia) para el caso de traslados. Compromiso de tenerlos en la oficina de farmacia el día de la apertura, para el caso de nueva instalación.	<input type="checkbox"/>
Fotocopia de la licencia Municipal de apertura o su solicitud y justificante de la tasa correspondiente (Debiendo aportar fotocopia de la licencia una vez obtenida)	<input type="checkbox"/>
Fotocopia compulsada de los Títulos académicos originales de el/los titulares o la autoliquidación de expedición del título correspondiente (anverso y reverso).	<input type="checkbox"/>
Plano de la nueva localización que deberá coincidir con la dirección expresada en la Resolución o justificar la documentación correspondiente.	<input type="checkbox"/>
Solo para traslados de oficina de farmacia, el farmacéutico autorizado, de forma adicional deberá realizar manifestación expresa por escrito indicando: <ul style="list-style-type: none"> Su compromiso de cierre de la oficina de farmacia en su anterior emplazamiento. Relación detallada del mobiliario y símbolos externos de la oficina de farmacia (cruz identificativa, cajetín de guardias, letrero de farmacia) que tendrán en su nuevo emplazamiento indicando si serán nuevos o si serán los mismos de los que dispone en su emplazamiento actual 	<input type="checkbox"/>



Comunidad de Madrid

7.-En cualquier caso:

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud	Autorizo consulta ^(**)
Copia NIF / NIE anverso y reverso	○	○

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

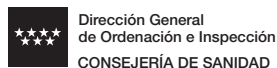
Información Institucional
<p>Marque el recuadro en el caso de no estar interesado en recibir Información Institucional de la Comunidad de Madrid.</p> <p><input type="checkbox"/> No deseo recibir Información Institucional de la Comunidad de Madrid</p> <p>Si usted no ha marcado este recuadro, sus datos se integrarán en el fichero "Información Institucional" cuya finalidad es ofrecerle aquellas informaciones relacionadas con actuaciones y servicios de la Comunidad de Madrid, recordándole que usted podrá revocar el consentimiento otorgado en el momento que lo estime oportuno. El responsable del fichero es la Dirección General de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano, ante este órgano podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.</p>

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

FIRMA

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

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


Comunidad de Madrid

Etiqueta del Registro

Solicitud de modificación de local de oficina de farmacia en la Comunidad de Madrid
1.- Tipo de solicitud:

<input type="radio"/> Modificación interior	<input type="radio"/> Ampliación de local	<input type="radio"/> Reducción de local
---	---	--

2.- Datos de la oficina de farmacia:

Nº de oficina de farmacia							
Dirección	Tipo vía	Nombre vía			Nº		
CP	Localidad						
Fax	Teléfono Fijo		Teléfono Móvil				

3.- Datos del Director/es Técnico/s solicitante/s:

NIF	Apellido 1		Apellido 2				
Nombre	Correo electrónico						
Fax	Teléfono Fijo		Teléfono Móvil				

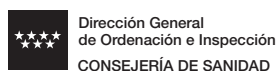
NIF	Apellido 1		Apellido 2				
Nombre	Correo electrónico						
Fax	Teléfono Fijo		Teléfono Móvil				

4.- Datos del representante:

NIF	Apellido 1		Apellido 2				
Nombre	Correo electrónico						
Fax	Teléfono Fijo		Teléfono Móvil				

5.- Medio de notificación:

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



Comunidad de Madrid

6.- Documentación requerida ^(*)

^(*) Toda la documentación presentada deberá ser original o copia compulsada

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud	Autorizo consulta ^(**)
Copia NIF / NIE anverso y reverso	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Memoria explicativa, en la que se especificará y detallará la modificación que se pretende efectuar: reforma interior, cambio de distribución interna, variación de los accesos, nuevos accesos, eliminación de tabiques interiores,..., así como el uso que se dará a las distintas estancias.	<input type="checkbox"/>	
Plano, a escala, del local original. Este plano debe ir firmado por la propiedad y por el técnico que lo elabore (El tamaño máximo admitido será DIN-A3). Nota.- En caso de presentación presencial (NO telemática) habrá que presentar dos ejemplares	<input type="checkbox"/>	
Plano, a escala, del local resultante después de la modificación, siendo necesario que se hagan constar las siguientes zonas: atención al público, almacén, laboratorio y despacho del farmacéutico. Este plano debe ir firmado por la propiedad y por el técnico que lo elabore. El tamaño máximo admitido será DIN-A3. Dicho plano deberá ser acotado, a escala 1:50 realizado en planta de distribución y visado por el colegio profesional correspondiente Nota.- En caso de presentación presencial (NO telemática) habrá que presentar tres ejemplares	<input type="checkbox"/>	
Manifestación expresa del Farmacéutico solicitante indicando que la Oficina de Farmacia tras la modificación contara con las zonas establecidas en el artículo 29.1 de la ley 19/1998 de 25 de noviembre.	<input type="checkbox"/>	
Abono de la tasa correspondiente mediante el Modelo 030 de la Comunidad de Madrid.	<input type="checkbox"/>	
Si la modificación afecta a la zona de laboratorio		
Manifestación de si pretende elaborar fórmulas magistrales e indicar el nivel de elaboración, en su caso. Nota: Si la oficina de farmacia estuviera ya certificada para la elaboración de fórmulas magistrales y su intención fuera continuar elaborando, una vez que haya sido autorizada la modificación, deberá presentar nueva solicitud de certificación acompañada de la documentación preceptiva.	<input type="checkbox"/>	
A. Ampliación de local		
Certificación facultativa expedida por un técnico competente, visada por el correspondiente colegio profesional, en la que se especifique el estado de construcción del local, superficie útil de que disponen ambos locales y la superficie útil resultante tras la ampliación, detalle de su distribución por zonas, plantas que ocupa y características de sus accesos desde la vía pública, haciendo constar expresamente que dispone de acceso libre, directo y permanente a la vía pública (artículo 29 de la Ley 19/1998, de 25 de noviembre).	<input type="checkbox"/>	
Documento que justifique la disponibilidad jurídica del local que se pretende anexionar: contrato de compraventa, contrato de arrendamiento u otros documentos que así lo acrediten.	<input type="checkbox"/>	
Croquis con el emplazamiento del local propuesto en el que se indicarán la situación y distancias respecto a las otras oficinas de farmacia situadas en los alrededores, así como de los centros de salud existentes o cuya construcción esté prevista. Nota.- En caso de presentación presencial (NO telemática) habrá que presentar dos ejemplares	<input type="checkbox"/>	
B. Reducción de local		
Certificación facultativa expedida por un técnico competente, visada por el correspondiente colegio profesional, en la que se especifique el estado de construcción del local, superficie útil de que disponen ambos locales y la superficie útil resultante tras la reducción, detalle de su distribución por zonas, plantas que ocupa y características de sus accesos desde la vía pública, haciendo constar expresamente que dispone de acceso libre, directo y permanente a la vía pública (artículo 29 de la Ley 19/1998, de 25 de noviembre).	<input type="checkbox"/>	
Croquis con el emplazamiento del local propuesto en el que se indicarán la situación y distancias respecto a las otras oficinas de farmacia situadas en los alrededores, así como de los centros de salud existentes o cuya construcción esté prevista. Nota.- En caso de presentación presencial (NO telemática) habrá que presentar dos ejemplares	<input type="checkbox"/>	

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



Dirección General
de Ordenación e Inspección
CONSEJERÍA DE SANIDAD

Comunidad de Madrid

Información Institucional

Marque el recuadro en el caso de no estar interesado en recibir Información Institucional de la Comunidad de Madrid.

No deseo recibir Información Institucional de la Comunidad de Madrid

Si usted no ha marcado este recuadro, sus datos se integrarán en el fichero "Información Institucional" cuya finalidad es ofrecerle aquellas informaciones relacionadas con actuaciones y servicios de la Comunidad de Madrid, recordándole que usted podrá revocar el consentimiento otorgado en el momento que lo estime oportuno. El responsable del fichero es la Dirección General de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano, ante este órgano podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

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

FIRMA

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

DESTINATARIO

Consejería de Sanidad
Dirección General de Ordenación e Inspección


Comunidad de Madrid

Etiqueta del Registro

Solicitud de transmisión de oficina de farmacia en la Comunidad de Madrid
1.- Tipo de solicitud:

<input type="radio"/>	Inter Vivos	<input type="radio"/>	Tramitación conjunta (transmitente y adquirente)
		<input type="radio"/>	Tramitación individual (solo transmitente)
		<input type="radio"/>	Tramitación individual (solo adquirente) ⁽¹⁾
<input type="radio"/>	Mortis Causa		

⁽¹⁾ Una vez autorizada la transmisión a favor de terceros farmacéuticos, el adquirente solicitará el cambio de titularidad de la oficina de farmacia a su favor.

2.- Datos de la oficina de farmacia:

Nº de oficina de farmacia							
Dirección	Tipo vía	Nombre vía			Nº		
CP	Localidad						
Fax	Teléfono Fijo		Teléfono Móvil				

3.- Datos del Director Técnico Solicitante:

NIF	Apellido 1		Apellido 2	
Nombre	Correo electrónico			
Fax	Teléfono Fijo		Teléfono Móvil	

4.- Datos del representante:

NIF	Apellido 1		Apellido 2	
Nombre	Correo electrónico			
Fax	Teléfono Fijo		Teléfono Móvil	

5.- Medio de notificación:

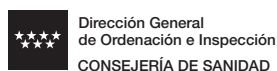
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a de forma telemática (sólo para usuarios dados de alta en el Sistema de Notificaciones Telemáticas de la Comunidad de Madrid)						
<input type="radio"/>	Deseo ser notificado/a por correo certificado						
	Tipo de vía	Nombre vía			Nº		
	Piso	Puerta	CP	Localidad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

6.- Objeto de la transmisión:

<input type="radio"/>	100% de titularidad de la oficina de farmacia
<input type="radio"/>	parte indivisa de la oficina de farmacia, indicar porcentaje:

6.1.- La transmisión de la oficina de farmacia se realiza a favor de

<input type="radio"/>	Cónyuge farmacéutico (acreditar relación conyugal)
<input type="radio"/>	Descendiente farmacéutico en primer grado
<input type="radio"/>	Farmacéutico regente
<input type="radio"/>	Farmacéutico sustituto
<input type="radio"/>	Farmacéutico adjunto
<input type="radio"/>	Terceros farmacéuticos colegiados

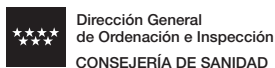


Comunidad de Madrid

7.- Documentación requerida en TRANSMISIÓN INTER VIVOS ^(*)

^(*) Toda la documentación presentada deberá ser original o copia compulsada

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Tramitación CONJUNTA (transmitente y adquirente):	
Una única solicitud firmada por ambos o bien escrito de adhesión del adquirente a la solicitud de transmisión realizada por el transmitente	
Plano a escala del local que ocupa la Oficina, con la especificación de las zonas de distribuciones. El tamaño máximo admitido será DIN A-3.	<input type="checkbox"/>
Documento acreditativo de la colegiación en el Colegio Oficial de Madrid en el que conste la fecha de apertura, titularidad actual de la misma y si en ella existen adjuntos, sustitutos o regentes.	<input type="checkbox"/>
Declaración responsable del farmacéutico transmitente de no incurrir en la limitación que señala el artículo 40 de la Ley 19/1998, de 25 de noviembre; es decir, que no tiene presentada solicitud para apertura de nueva oficina de farmacia tras la entrada en vigor de esta Ley 19/1998, de 25 de noviembre.	<input type="checkbox"/>
Renuncia expresa de todos los que pudieran tener el derecho (cónyuge o descendiente farmacéutico en primer grado, regente, sustituto o adjunto).	<input type="checkbox"/>
Manifestación expresa de que no existen tales u otros beneficiarios del derecho.	<input type="checkbox"/>
Fotocopia compulsada del Título académico de Licenciado en farmacia del/de los farmacéutico/s adquirente/s o del resguardo acreditativo de su solicitud	<input type="checkbox"/>
Documento que acredite la disponibilidad jurídica del local a nombre del adquirente; sus efectos deben quedar diferidos al momento de efectividad del cambio de titularidad a favor del adquirente.	<input type="checkbox"/>
Documento público de compraventa, traspaso, donación o cesión de la oficina de farmacia. Si la transmisión realiza mediante donación, total o parcial, se adjuntará también la escritura aceptación. La efectividad de la escritura deberá ser, en todo caso, diferida al momento en el que la resolución de autorización le otorgue la nueva titularidad al adquirente.	<input type="checkbox"/>
Colegiación del farmacéutico o farmacéutico adquirente/s en la modalidad correspondiente en el momento de efectividad del cambio de titularidad a su favor	<input type="checkbox"/>
Declaración responsable del farmacéutico/s adquirente/s de la situación de compatibilidad expresada en la normativa vigente y compromiso de su cumplimiento con el ejercicio en la oficina de farmacia.	<input type="checkbox"/>
Abono de la tasa correspondiente mediante el Modelo 030 de la Comunidad de Madrid.	<input type="checkbox"/>
Tramitación INDIVIDUAL (solo firma el transmitente)	
Una vez obtenida la autorización de transmisión a favor de farmacéutico colegiado, el adquirente realizará, en 15 días, solicitud de cambio de titularidad a su favor	
Plano a escala del local que ocupa la Oficina, con la especificación de las zonas de distribuciones. El tamaño máximo admitido será DIN A-3.	<input type="checkbox"/>
Documento acreditativo de la colegiación en el Colegio Oficial de Madrid en el que conste la fecha de apertura, titularidad actual de la misma y si en ella existen adjuntos, sustitutos o regentes.	<input type="checkbox"/>
Declaración responsable del farmacéutico transmitente de no incurrir en la limitación que señala el artículo 40 de la Ley 19/1998, de 25 de noviembre; es decir, que no tiene presentada solicitud para apertura de nueva oficina de farmacia tras la entrada en vigor de esta Ley 19/1998, de 25 de noviembre.	<input type="checkbox"/>
Renuncia expresa de todos los que pudieran tener el derecho (cónyuge o descendiente farmacéutico en primer grado, regente, sustituto o adjunto).	<input type="checkbox"/>
Manifestación expresa de que no existen tales u otros beneficiarios del derecho.	<input type="checkbox"/>
Abono de la tasa correspondiente mediante el Modelo 030 de la Comunidad de Madrid.	<input type="checkbox"/>
Tramitación INDIVIDUAL (solo firma el adquirente)	
Fotocopia compulsada del Título académico de Licenciado en farmacia del/de los farmacéutico/s adquirente/s o del resguardo acreditativo de su solicitud	<input type="checkbox"/>
Documento que acredite la disponibilidad jurídica del local a nombre del adquirente; sus efectos deben quedar diferidos al momento de efectividad del cambio de titularidad a favor del adquirente.	<input type="checkbox"/>
Documento público de compraventa, traspaso, donación o cesión de la oficina de farmacia. Si la transmisión realiza mediante donación, total o parcial, se adjuntará también la escritura aceptación. La efectividad de la escritura deberá ser, en todo caso, diferida al momento en el que la resolución de autorización le otorgue la nueva titularidad al adquirente.	<input type="checkbox"/>
Colegiación del farmacéutico o farmacéutico adquirente/s en la modalidad correspondiente en el momento de efectividad del cambio de titularidad a su favor	<input type="checkbox"/>
Declaración responsable del farmacéutico/s adquirente/s de la situación de compatibilidad expresada en la normativa vigente y compromiso de su cumplimiento con el ejercicio en la oficina de farmacia.	<input type="checkbox"/>



Comunidad de Madrid

7.- Documentación requerida en TRANSMISIÓN MORTIS CAUSA ^(*)

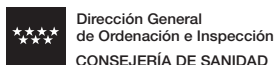
^(*) Toda la documentación presentada deberá ser original o copia compulsada

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud
Certificado original de defunción del titular de la oficina de farmacia	<input type="checkbox"/>
Copia del Testamento, si lo hubiere, o bien, manifestación notarial de declaración de herederos.	<input type="checkbox"/>
Voluntad expresa de todos los herederos de transmitir la oficina de farmacia, que podrá ser ejercitado en el plazo máximo de 24 meses, durante los cuales estará al frente de la farmacia un regente, o en su defecto, comunicación de cierre temporal (plazo máximo de 2 años) acreditar la situación que corresponda.	<input type="checkbox"/>
Plano a escala del local que ocupa la Oficina, con la especificación de las zonas de distribuciones. El tamaño máximo admitido será DIN A-3.	<input type="checkbox"/>
Documento acreditativo de la colegiación en el Colegio Oficial de Madrid en el que conste la fecha de apertura, titularidad actual de la misma y si en ella existen adjuntos, sustitutos o regentes.	<input type="checkbox"/>
Manifestación expresa del farmacéutico transmitente de no incurrir en la limitación que señala el artículo 40 de la Ley 19/1998, de 25 de noviembre; es decir, que no tiene presentada solicitud para apertura de nueva oficina de farmacia tras la entrada en vigor de esta Ley 19/1998, de 25 de noviembre. □	<input type="checkbox"/>
Fotocopia compulsada del Título académico de Licenciado en farmacia del/de los farmacéutico/s adquirente/s o del resguardo acreditativo de su solicitud	<input type="checkbox"/>
Documento que acredite la disponibilidad jurídica del local a nombre del adquirente; sus efectos deben quedar diferidos al momento de efectividad del cambio de titularidad a favor del adquirente.	<input type="checkbox"/>
Documento público de compraventa, traspaso, donación o cesión de la oficina de farmacia. Si la transmisión realiza mediante donación, total o parcial, se adjuntará también la escritura aceptación. La efectividad de la escritura deberá ser, en todo caso, diferida al momento en el que la resolución de autorización le otorgue la nueva titularidad al adquirente. Nota.- En caso de presentación presencial (NO telemática) habrá que presentar fotocopia compulsada de la misma	<input type="checkbox"/>
Colegiación del farmacéutico o farmacéutico adquirente/s en la modalidad correspondiente en el momento de efectividad del cambio de titularidad a su favor	<input type="checkbox"/>
Declaración responsable del farmacéutico/s adquirente/s de la situación de compatibilidad expresada en la normativa vigente y compromiso de su cumplimiento con el ejercicio en la oficina de farmacia.	<input type="checkbox"/>
Abono de la tasa correspondiente mediante el Modelo 030 de la Comunidad de Madrid.	<input type="checkbox"/>

8.- Documentación requerida en cualquier caso:

TIPO DE DOCUMENTO	Se aporta en la solicitud	Autorizo Consulta ^(**)
Fotocopia NIF / NIE anverso y reverso (transmitente/ herederos del transmitente)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fotocopia NIF / NIE anverso y reverso (adquirente)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

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

**Comunidad de Madrid****Información Institucional**

Marque el recuadro en el caso de no estar interesado en recibir Información Institucional de la Comunidad de Madrid.

No deseo recibir Información Institucional de la Comunidad de Madrid

Si usted no ha marcado este recuadro, sus datos se integrarán en el fichero "Información Institucional" cuya finalidad es ofrecerle aquellas informaciones relacionadas con actuaciones y servicios de la Comunidad de Madrid, recordándole que usted podrá revocar el consentimiento otorgado en el momento que lo estime oportuno. El responsable del fichero es la Dirección General de Calidad de los Servicios y Atención al Ciudadano, ante este órgano podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo lo cual se informa en cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.

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

FIRMA

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

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

