GENERALITAT VALENCIANA

SOL·LICITUD D'AUTORITZACIÓ DE NOMENAMENT DE FARMACÈUTIC SUBSTITUT

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE NOMBRAMIENTO DE FARMACÉUTICO SUSTITUTO

A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT / *DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE*

COGNOMS / *APELLIDOS*		NOM / *NOMBRE*	DNI
NÚM. COL·LEGIAT *Nº. COLEGIADO*	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / *DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)*		CP
LOCALITAT / *LOCALIDAD*		PROVÍNCIA / *PROVINCIA*	TELÈFON / *TELÉFON*

DADES DE LA PERSONA REPRESENTANT LEGAL / *DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE LEGAL*

COGNOMS / *APELLIDOS*	NOM / *NOMBRE*	DNI / NIF
DOMICILI (A EFECTES DE NOTIFICACIÓ) (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) *DOMICILIO (A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN) (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)*		CP
LOCALITAT / *LOCALIDAD*	PROVÍNCIA / *PROVINCIA*	TELÈFON / *TELÉFON*

B DADES DE L'OFICINA DE FARMÀCIA / *DATOS DE LA OFICINA DE FARMACIA*

RAÓ SOCIAL / *RAZÓN SOCIAL*			NÚM. OFICINA FARMÀCIA *Nº. OFICINA FARMACIA*
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / *DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)*			CP
LOCALITAT / *LOCALIDAD*		PROVÍNCIA / *PROVINCIA*	TELÈFON / *TELÉFONO*

C DADES DEL FARMACÈUTIC PROPOSAT / *DATOS DEL FARMACÉUTICO PROPUESTO*

COGNOMS / *APELLIDOS*		NOM / *NOMBRE*	DNI
NUM COL·LEGIAT *Nº COLEGIADO*	DOMICILI (CARRER/PLAÇA I NÚMERO) / *DOMICILIO (CALLE/PLAZA Y NÚMERO)*		CP
LOCALITAT / *LOCALIDAD*		PROVÍNCIA / *PROVINCIA*	TELÈFON / *TELÉFONO*

D DOCUMENTACIÓ QUE S'APORTA / *DOCUMENTACIÓN QUE SE APORTA*

☐ Motius de la substitució.
Motivos de la sustitución.

Del farmacèutic proposat:
Del farmacéutico propuesto:

- ☐ Fotocòpia compulsada del títol de llicenciat en farmàcia.
  Fotocopia compulsada del título de licenciado en farmacia.
- ☐ Document acreditatiu de col·legiació.
  Documento acreditativo de colegiación.
- ☐ Declaració jurada de no incompatibilitat per a l'exercici professional en oficina de farmàcia.
  Declaración jurada de no incompatibilidad para el ejercicio profesional en oficina de farmacia.

E SOL·LICITUD / *SOLICITUD*

Que siga autoritzat el nomenament del farmacèutic que es proposa, les dades del qual s'indiquen més amunt, per a la realització de la substitució a l'oficina de farmàcia indicada, des de _____ fins a _____ .

Que sea autorizado el nombramiento del farmacéutico que se propone, cuyos datos se indican más arriba, para la realización de la sustitución en la oficina de farmacia indicada, desde _____ hasta _____ .

_____ , _____ d _____ de _____

La persona sol·licitant / *La persona solicitante*

Firma: _____

Les dades de caràcter personal que conté l'imprés podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).

Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del mismo, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asímismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de

REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT
FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE

(1/2) EXEMPLAR PER A L'AGÈNCIA VALENCIANA DE SALUT / *EJEMPLAR PARA LA AGENCIA VALENCIANA DE SALUD*

CIT - IAC

DIN-A4

IA - 19037 - 01 - E

27/04/06

DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SANIDAD DE

GENERALITAT VALENCIANA

SOL·LICITUD D'AUTORITZACIÓ DE NOMENAMENT DE FARMACÈUTIC SUBSTITUT

SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE NOMBRAMIENTO DE FARMACÉUTICO SUSTITUTO

A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT / *DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE*

COGNOMS / *APELLIDOS*		NOM / *NOMBRE*	DNI
NÚM. COL·LEGIAT *Nº. COLEGIADO*	DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / *DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)*		CP
LOCALITAT / *LOCALIDAD*		PROVÍNCIA / *PROVINCIA*	TELÈFON / *TELÉFON*

DADES DE LA PERSONA REPRESENTANT LEGAL / *DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE LEGAL*

COGNOMS / *APELLIDOS*	NOM / *NOMBRE*	DNI / NIF
DOMICILI (A EFECTES DE NOTIFICACIÓ) (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) *DOMICILIO (A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN) (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)*		CP
LOCALITAT / *LOCALIDAD*	PROVÍNCIA / *PROVINCIA*	TELÈFON / *TELÉFON*

B DADES DE L'OFICINA DE FARMÀCIA / *DATOS DE LA OFICINA DE FARMACIA*

RAÓ SOCIAL / *RAZÓN SOCIAL*		NÚM. OFICINA FARMÀCIA *Nº. OFICINA FARMACIA*
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / *DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)*		CP
LOCALITAT / *LOCALIDAD*	PROVÍNCIA / *PROVINCIA*	TELÈFON / *TELÉFONO*

C DADES DEL FARMACÈUTIC PROPOSAT / *DATOS DEL FARMACÉUTICO PROPUESTO*

COGNOMS / *APELLIDOS*		NOM / *NOMBRE*	DNI
NUM COL·LEGIAT *Nº COLEGIADO*	DOMICILI (CARRER/PLAÇA I NÚMERO) / *DOMICILIO (CALLE/PLAZA Y NÚMERO)*		CP
LOCALITAT / *LOCALIDAD*		PROVÍNCIA / *PROVINCIA*	TELÈFON / *TELÉFONO*

D DOCUMENTACIÓ QUE S'APORTA / *DOCUMENTACIÓN QUE SE APORTA*

☐ Motius de la substitució.
Motivos de la sustitución.

Del farmacèutic proposat:
Del farmacéutico propuesto:

- ☐ Fotocòpia compulsada del títol de llicenciat en farmàcia.
  Fotocopia compulsada del título de licenciado en farmacia.
- ☐ Document acreditatiu de col·legiació.
  Documento acreditativo de colegiación.
- ☐ Declaració jurada de no incompatibilitat per a l'exercici professional en oficina de farmàcia.
  Declaración jurada de no incompatibilidad para el ejercicio profesional en oficina de farmacia.

E SOL·LICITUD / *SOLICITUD*

Que siga autoritzat el nomenament del farmacèutic que es proposa, les dades del qual s'indiquen més amunt, per a la realització de la substitució a l'oficina de farmàcia indicada, des de _____ fins a _____ .

Que sea autorizado el nombramiento del farmacéutico que se propone, cuyos datos se indican más arriba, para la realización de la sustitución en la oficina de farmacia indicada, desde _____ hasta _____ .

_____ , _____ d _____ de _____

La persona sol·licitant / *La persona solicitante*

Firma: _____

Les dades de caràcter personal que conté l'imprés podran ser incloses en un fitxer per al seu tractament per este òrgan administratiu, com a titular responsable del fitxer, en l'ús de les funcions pròpies que té atribuïdes i en l'àmbit de les seues competències. Així mateix, se l'informa de la possibilitat d'exercir els drets d'accés, rectificació, cancel·lació i oposició, tot això de conformitat amb el que disposa l'art. 5 de la Llei Orgànica 15/1999, de Protecció de Dades de Caràcter Personal (BOE núm. 298, de 14/12/99).

Los datos de carácter personal contenidos en el impreso podrán ser incluidos en un fichero para su tratamiento por este órgano administrativo, como titular responsable del mismo, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asímismo, se le informa de la posibilidad de ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, todo ello de conformidad con lo dispuesto en el art. 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal (BOE nº 298, de

REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

DATA D'ENTRADA EN L'ÒRGAN COMPETENT
FECHA ENTRADA EN ÓRGANO COMPETENTE

(2/2) EXEMPLAR PER A LA PERSONA INTERESSADA / *EJEMPLAR PARA LA PERSONA INTERESADA*

CIT - IAC

DIN-A4

IA - 19037 - 01 - E

27/04/06

DIRECCIÓN TERRITORIAL DE SANIDAD DE