



COMUNICACIÓN DE VENTA DIRECTA AL PÚBLICO DE PRODUCTOS SANITARIOS DE FABRICACIÓN SERIADA

Comunicación de Venta Directa al Público

Cambio de titularidad

Baja

Cambio de domicilio social

Denominación / Localización anterior.....

1. DATOS DEL ESTABLECIMIENTO

DENOMINACIÓN EMPRESA				CIF / NIF
DOMICILIO SOCIAL				TELÉFONO
MUNICIPIO	PROVINCIA	COD. POSTAL	CORREO ELECTRÓNICO	FAX
DOMICILIO DEL ESTABLECIMIENTO DE VENTA (*)				TELÉFONO
MUNICIPIO	PROVINCIA	COD. POSTAL	CORREO ELECTRÓNICO	FAX

2. DATOS DEL COMUNICANTE O REPRESENTANTE LEGAL

APELLIDOS Y NOMBRE				NIF
EN CALIDAD DE	DOMICILIO A EFECTOS DE NOTIFICACIÓN			
MUNICIPIO	PROVINCIA	COD. POSTAL	TELÉFONO	FAX

3. TIPOS DE PRODUCTOS SANITARIOS QUE VENDE

01. Ayudas técnicas para discapacitados	04. Electromédicos/Mecánicos	07. Productos de un solo uso	10. Implantables no activos
02. Oftálmicos y Ópticos	05. Anestesia/Respiración	08. Instrumentos reutilizables	11. Otros:
03. Dentales	06. Equipamiento hospitalario	09. Utilizan radiación para diagnóstico y terapéutica	
Clase I	Clase IIa	Clase IIb	Clase III

4. DECLARACIÓN ADICIONAL DE GARANTÍA DE INDEPENDENCIA:

(Marcar sólo en el caso en que el titular como persona física y/o cualquier socio de la sociedad sean Médico, Odontólogo, Veterinario u otro profesional sanitario que tenga facultad para prescribir o indicar la dispensación de los medicamentos):

El representante legal declara que ninguna persona de la empresa que sea Médico, Odontólogo, Veterinario u otro profesional sanitario que tenga facultad para prescribir o indicar la dispensación de los medicamentos se encuentra en ejercicio clínico de la profesión (de acuerdo al artículo 3 de la Ley 10/2013, de 24 de julio, de modificación de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios).

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

En.....a.....de.....de 20.....

Firma del Representante legal de la Empresa:

Fdo:



DOCUMENTACIÓN REQUERIDA:

Se aporta en la solicitud	Tipo de documento
	Documento acreditativo de la personalidad del comunicante
	Planos de situación y distribución de los locales donde se desarrolle la actividad
	(*) Relación de otros establecimientos de venta (en caso de que sean más de uno y un mismo titular)
	Memoria explicativa de la actividad e instalaciones
	Listado de productos sanitarios que vende

Los datos de carácter personal recogidos en este documento se van a integrar en el fichero/tratamiento PRODUCTOS SANITARIOS con la exclusiva finalidad de tramitar la Comunicación de Venta directa al Público de Productos Sanitarios de empresas que se dediquen a dicha actividad y tengan su sede social en la Región de Murcia. El responsable de este fichero/tratamiento es la Dirección General de Planificación, Financiación Sanitaria y Política Farmacéutica, ante cuyo titular puede el interesado ejercitar los derechos de acceso, rectificación, oposición o cancelación de datos en los términos y con los requisitos establecidos en los artículos 15 y siguientes de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre de Protección de Datos de Carácter Personal.

Los datos de carácter personal que recoge este documento podrán ser cedidos a cualquier Administración Pública en base al artículo 4 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común., en los términos y con los requisitos establecidos en la citada Ley Orgánica de Protección de Datos.