

1. Disposiciones generales

CONSEJERÍA DE SALUD

Corrección de errata del Decreto 223/2018, de 11 de diciembre, por el que se regulan los procedimientos de autorizaciones de instalación, funcionamiento, traslado, modificación de instalaciones y cierre voluntario, así como los cierres forzosos de oficinas de farmacia (BOJA núm. 242, de 17.12.2018).

Advertida errata por omisión de los Anexos en la disposición de referencia, a continuación se procede a su publicación.

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

AUTORIZACIÓN DE OFICINAS DE FARMACIA. (Código procedimiento: 12256 - 12260 - 12261 - 12262 - 12263)

INSTALACIÓN

TRASLADO

- Voluntario Definitivo Voluntario Provisional
 Forzoso Definitivo Forzoso Temporal

MODIFICACIÓN DE INSTALACIONES

FUNCIONAMIENTO

CIERRE VOLUNTARIO

- Temporal Definitivo

Decreto / de de (BOJA nº de fecha)

Marcar aquellos procedimientos de autorización que correspondan (art. 6 Decreto mencionado)

1 DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE							
APELLIDOS Y NOMBRE:						SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE/NIF:
APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE:						SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE/NIF:
DOMICILIO DEL LOCAL DESIGNADO PARA EL QUE SE PIDE AUTORIZACIÓN							
TIPO DE VÍA:		NOMBRE DE LA VÍA:					
NUMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
ENTIDAD DE POBLACIÓN:		MUNICIPIO:		PROVINCIA:		PAÍS:	CÓD. POSTAL:
NUMERO TELEFONO:		NUMERO MÓVIL:		CORREO ELECTRÓNICO:			

2 DATOS DE PERSONAS SOLICITANTES (*)		
APELLIDOS Y NOMBRE:	SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE/NIF:
APELLIDOS Y NOMBRE:	SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE/NIF:
APELLIDOS Y NOMBRE:	SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE/NIF:
APELLIDOS Y NOMBRE:	SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE/NIF:
APELLIDOS Y NOMBRE:	SEXO: <input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	DNI/NIE/NIF:

(*) En caso de cotitularidad/solicitudes conjuntas, rellenar los datos correspondientes al domicilio en el recuadro 1, y los datos de las personas cotitulares/solicitantes en el recuadro 2.

3 LUGAR Y MEDIO DE NOTIFICACIÓN							
Marque sólo una opción.							
<input type="checkbox"/> OPTO por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen en el lugar que se indica:							
DOMICILIO NOTIFICACIONES: (Cumplimentar únicamente en el caso de que no coincida con el indicado en el apartado 1)							
TIPO DE VÍA:		NOMBRE DE LA VÍA:					
NUMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
ENTIDAD DE POBLACIÓN:		MUNICIPIO:		PROVINCIA:		PAÍS:	CÓD. POSTAL:
NUMERO TELEFONO:		NUMERO MÓVIL:		CORREO ELECTRÓNICO:			
<input type="checkbox"/> OPTO por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen por medios electrónicos a través del Sistema de Notificaciones Notific@ de la Junta de Andalucía. En tal caso:							
<input type="checkbox"/> Manifiesto que dispongo de una dirección electrónica habilitada en el Sistema de Notificaciones Notific@.							
<input type="checkbox"/> Manifiesto que NO dispongo de una dirección electrónica habilitada en el Sistema de Notificaciones Notific@, por lo que AUTORIZO a la Consejería/ Agencia a tramitar mi alta en el referido sistema.							
Indique un correo electrónico y/o un número de teléfono móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el Sistema de Notificaciones Notific@.							
Correo electrónico:						Nº teléfono móvil:	



002933D

00147856



CÓDIGO IDENTIFICATIVO

4	DOCUMENTACIÓN Y AUTORIZACIONES			
Presento la siguiente documentación:				
A) DOCUMENTACIÓN GENÉRICA				
<input type="checkbox"/> Acreditación de la representación en caso de que la solicitud se formule en nombre de otra persona.				
<input type="checkbox"/> Justificante acreditativo del ingreso de la tasa exigida.				
B) DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA PARA AUTORIZACIONES DE INSTALACIÓN Y TRASLADO				
<input type="checkbox"/> Plano e informe técnico, acreditando la medición de las distancias del local y su situación respecto a los centros y establecimientos sanitarios de acuerdo con lo establecido en el Decreto 94/2013, de 11 de septiembre, por el que se regula el régimen de distancias aplicable en Materia de Planificación Farmacéutica.				
<input type="checkbox"/> Informe emitido por persona técnica competente en la que conste el estado de construcción del local y el acceso desde la vía pública, así como plano a escala con detalle de su distribución y la superficie útil.				
<input type="checkbox"/> Declaración responsable de la persona técnica competente que elabore los documentos anteriores, conforme al Anexo II del Decreto 94/2013, de 11 de septiembre.				
<input type="checkbox"/> En caso de traslado forzoso, documentación acreditativa sobre la pérdida de la disponibilidad jurídica o física del local, por causa no imputable a quien es titular de la oficina de farmacia, y que conlleva el desalojo del local en que se encuentra ubicada.				
C) DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA PARA AUTORIZACIÓN DE MODIFICACIÓN DE INSTALACIONES				
<input type="checkbox"/> Documentación técnica emitida por persona técnica competente en relación con la modificación solicitada (artículo 20.b del Decreto que figura en el encabezamiento de la solicitud).				
<input type="checkbox"/> Documento que indique si la realización de dicha modificación afecta o no a los productos, el equipamiento y la atención al público, así como las medidas adoptadas para salvaguardarlos.				
D) DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA PARA AUTORIZACIÓN DE FUNCIONAMIENTO				
<input type="checkbox"/> Justificación documental de la disponibilidad jurídica del local.				
E) DOCUMENTACIÓN ESPECÍFICA PARA LA AUTORIZACIÓN DE CIERRE VOLUNTARIO				
<input type="checkbox"/> Justificación documental de la causa del cierre, y la duración prevista en caso de cierre voluntario temporal.				
AUTORIZACIÓN DOCUMENTOS EN PODER DE LA ADMINISTRACIÓN DE LA JUNTA DE ANDALUCÍA				
Ejercer el derecho a no presentar los siguientes documentos que obran en poder de la Administración de la Junta de Andalucía o de sus Agencias, y autorizo al órgano gestor para que pueda recabar dichos documentos o la información contenida en los mismos de los órganos donde se encuentren:				
	Documento	Consejería/Agencia y Órgano	Fecha de emisión o presentación	Procedimiento en el que se emitió o en el que se presentó
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
AUTORIZACIÓN DOCUMENTOS EN PODER DE OTRAS ADMINISTRACIONES				
Autorizo al órgano gestor para que pueda recabar de otras Administraciones Públicas los siguientes documentos o la información contenida en los mismos:				
	Documento	Administración Pública y Órgano	Fecha emisión o presentación	Procedimiento en el que se emitió o en el que se presentó
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				

002933D

00147856



(Página 3 de 3)

ANEXO I

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

5 DECLARACIÓN, SOLICITUD, LUGAR, FECHA Y FIRMA		
<p>La persona/s abajo firmantes DECLARA/N que son ciertos cuantos datos figuran en la presente solicitud, así como en la documentación adjunta, y que SOLICITA/N la autorización administrativa referida en ésta.</p> <p>En a de de</p> <p style="text-align: center;">LA PERSONA SOLICITANTE/REPRESENTANTE</p> <p>Fdo.:</p>		
5.1 FIRMA DE LAS PERSONAS SOLICITANTES/REPRESENTANTES (Sólo en caso de cotitularidad/solicitudes conjuntas)		
APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI/NIE/NIF:	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI/NIE/NIF:	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI/NIE/NIF:	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI/NIE/NIF:	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI/NIE/NIF:	FIRMA

ILMO/A. SR./A. DELEGADO/A TERRITORIAL DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES ENCódigo Directorio Común de Unidades Orgánicas y Oficinas: **CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS**

En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que:

- El Responsable del tratamiento de sus datos personales es la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica cuya dirección es Avda. de la Innovación, s/n, 41020 Sevilla.
- Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica dpd.csalud@juntadeandalucia.es
- Los datos personales que nos proporciona son necesarios para la gestión de las autorizaciones administrativas sanitarias exigidas a los centros, servicios y establecimientos sanitarios y almacenes de distribución de medicamentos, y comunicaciones asociadas, así como su inscripción en el Registro Andaluz de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios, cuya base jurídica es el artículo 29 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, el artículo 19.1 de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía y la Ley 22/2007, de 18 de diciembre, de Farmacia de Andalucía.
- Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento, como se explica en la información adicional.

La información adicional detallada, así como el formulario para la reclamación y/o ejercicio de derechos se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica: <http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos>

002933D

00147856



(Página 1 de 2)

ANEXO II

JUNTA DE ANDALUCÍA

CONSEJERÍA DE SALUD

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

Nº REGISTRO, FECHA Y HORA

COMUNICACIÓN

MODIFICACIÓN DE INSTALACIONES Y CIERRES DE OFICINAS DE FARMACIA (Código procedimiento: 12261 - 12263)

- Por realización de modificación de instalaciones sin cierre del local (art 21.2.b Decreto indicado)
- Por ampliación del periodo de cierre voluntario temporal (art 25.2.c Decreto indicado)*
- Por reanudación de actividad tras un cierre voluntario temporal de hasta tres meses (artículo 26.2 Decreto indicado)

Decreto / de de (BOJA nº de fecha)

* El periodo de cierre voluntario temporal incluyendo la ampliación, no podrá superar 2 años.

1 DATOS DE LA PERSONA INTERESADA							
APELLIDOS Y NOMBRE:						SEXO:	DNI/NIE/NIF:
						<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	
APELLIDOS Y NOMBRE DE LA PERSONA REPRESENTANTE:						SEXO:	DNI/NIE/NIF:
						<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	
NICA DE LA OFICINA DE FARMACIA:							
DOMICILIO DEL LOCAL DE LA OFICINA DE FARMACIA:							
TIPO DE VÍA:		NOMBRE DE LA VÍA:					
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
ENTIDAD DE POBLACIÓN:		MUNICIPIO:		PROVINCIA:		PAÍS:	CÓD. POSTAL:
NÚMERO TELÉFONO:	NÚMERO MÓVIL:	CORREO ELECTRÓNICO:					

2 DATOS DE PERSONAS INTERESADAS (*)							
APELLIDOS Y NOMBRE:						SEXO:	DNI/NIE/NIF:
						<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	
APELLIDOS Y NOMBRE:						SEXO:	DNI/NIE/NIF:
						<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	
APELLIDOS Y NOMBRE:						SEXO:	DNI/NIE/NIF:
						<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	
APELLIDOS Y NOMBRE:						SEXO:	DNI/NIE/NIF:
						<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	
APELLIDOS Y NOMBRE:						SEXO:	DNI/NIE/NIF:
						<input type="checkbox"/> H <input type="checkbox"/> M	

(*) En caso de cotitularidad, rellenar los datos correspondientes al domicilio en el recuadro 1, y los datos de las personas cotitulares en el recuadro 2.

3 LUGAR Y MEDIO DE NOTIFICACIÓN							
Marque sólo una opción.							
<input type="checkbox"/> OPTO por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen en el lugar que se indica:							
DOMICILIO NOTIFICACIONES: (Cumplimentar únicamente en el caso de que no coincida con el indicado en el apartado 1)							
TIPO DE VÍA:		NOMBRE DE LA VÍA:					
NÚMERO:	LETRA:	KM EN LA VÍA:	BLOQUE:	PORTAL:	ESCALERA:	PLANTA:	PUERTA:
ENTIDAD DE POBLACIÓN:		MUNICIPIO:		PROVINCIA:		PAÍS:	CÓD. POSTAL:
NÚMERO TELÉFONO:	NÚMERO MÓVIL:	CORREO ELECTRÓNICO:					
<input type="checkbox"/> OPTO por que las notificaciones que proceda practicar se efectúen por medios electrónicos a través del Sistema de Notificaciones Notific@ de la Junta de Andalucía.							
En tal caso:							
<input type="checkbox"/> Manifiesto que dispongo de una dirección electrónica habilitada en el Sistema de Notificaciones Notific@.							
<input type="checkbox"/> Manifiesto que NO dispongo de una dirección electrónica habilitada en el Sistema de Notificaciones Notific@, por lo que AUTORIZO a la Consejería/ Agencia a tramitar mi alta en el referido sistema.							
Indique un correo electrónico y/o un número de teléfono móvil donde informar sobre las notificaciones practicadas en el Sistema de Notificaciones Notific@.							
Correo electrónico:						Nº teléfono móvil:	



002933/A01D

00147856



(Página 2 de 2)

ANEXO II

CÓDIGO IDENTIFICATIVO

4	DECLARACIÓN (cumplimente lo que proceda):
<input type="checkbox"/>	La modificación de instalaciones de la oficina de farmacia se ha realizado conforme a la autorización concedida con fecha /..... /
<input type="checkbox"/>	El cierre voluntario temporal de la oficina de farmacia se amplía hasta el día /..... /..... por los siguientes motivos:
<input type="checkbox"/>	Que la oficina de farmacia reanudará la actividad con fecha /..... /..... tras haber estado en situación de cierre voluntario temporal por un periodo no superior a tres meses.

5	LUGAR, FECHA Y FIRMA
En a de de	
LA PERSONA INTERESADA/ REPRESENTANTE	
Fdo.:	

5.1	FIRMA DE LAS PERSONAS INTERESADAS/ REPRESENTANTES (Sólo en caso de cotitularidad)	
APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI/NIE/NIF:	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI/NIE/NIF:	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI/NIE/NIF:	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI/NIE/NIF:	FIRMA
APELLIDOS Y NOMBRE:	DNI/NIE/NIF:	FIRMA

ILMO/A. SR./A. DELEGADO/A TERRITORIAL DE IGUALDAD, SALUD Y POLÍTICAS SOCIALES EN

Código Directorio Común de Unidades Orgánicas y Oficinas:

<p>CLÁUSULA DE PROTECCIÓN DE DATOS</p> <p>En cumplimiento de lo dispuesto en el Reglamento General de Protección de Datos, le informamos que:</p> <p>a) El Responsable del tratamiento de sus datos personales es la Dirección General de Salud Pública y Ordenación Farmacéutica cuya dirección es Avda. de la Innovación, s/n, 41020 Sevilla.</p> <p>b) Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica dpd.csalud@juntadeandalucia.es</p> <p>c) Los datos personales que nos proporciona son necesarios para la gestión de las autorizaciones administrativas sanitarias exigidas a los centros, servicios y establecimientos sanitarios y almacenes de distribución de medicamentos, y comunicaciones asociadas, así como su inscripción en el Registro Andaluz de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios, cuya base jurídica es el artículo 29 de la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad, el artículo 19.1 de la Ley 2/1998, de 15 de junio, de Salud de Andalucía y la Ley 22/2007, de 18 de diciembre, de Farmacia de Andalucía.</p> <p>d) Puede usted ejercer sus derechos de acceso, rectificación, supresión, portabilidad de sus datos, y la limitación u oposición a su tratamiento, como se explica en la información adicional.</p> <p>La información adicional detallada, así como el formulario para la reclamación y/o ejercicio de derechos se encuentra disponible en la siguiente dirección electrónica: http://www.juntadeandalucia.es/protecciondedatos</p>
--

002933/A01D

00147856

