

A TIPUS DE COMUNICACIÓ / TIPO DE COMUNICACIÓN

- Comunicació prèvia d'inici (Tipus A). Adjunteu un llistat detallat de tots els tipus de productes sanitaris que s'hagen de distribuir.
Comunicación previa de inicio (Tipo A). Adjuntar un listado detallado de todos los tipos de productos sanitarios que se vayan a distribuir.
- Comunicació canvi de titularitat/denominació de l'establiment/domicili/responsable tècnic/productes sanitaris per a distribuir (Tipus B):
Comunicación cambio de titularidad/denominación del establecimiento/domicilio/responsable técnico/productos sanitarios a distribuir (Tipo B):
- De titularitat. Indiqueu titular anterior:
De titularidad. Indicar titular anterior: _____
- De denominació de l'establiment. Indiqueu denominació anterior:
De denominación del establecimiento. Indicar denominación anterior: _____
- De domicili. Indiqueu domicili anterior:
De domicilio. Indicar domicilio anterior: _____
- De responsable tècnic. Indiqueu responsable tècnic anterior:
De responsable técnico. Indicar responsable técnico anterior: _____
- De productes sanitaris per a distribuir. Adjunteu un llistat detallat de tots els tipus de productes sanitaris distribuïts anteriorment i que s'hagen de distribuir.
De productos sanitarios a distribuir. Adjuntar un listado detallado de todos los tipos de productos sanitarios distribuidos anteriormente y que se vayan a distribuir.
- Comunicació de cessament d'activitat (Tipus C).
Comunicación de cese de actividad (Tipo C).

B DADES D'IDENTIFICACIÓ / DATOS DE IDENTIFICACIÓN
DADES DE L'ESTABLIMENT DE DISTRIBUCIÓ / DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE DISTRIBUCIÓN

NOM / NOMBRE			CIF	
ADREÇA (CARRER/PLAÇA I NÚMERO) / DIRECCIÓN (CALLE/PLAZA Y NÚMERO)		CP	LOCALITAT / LOCALIDAD	
PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	FAX	<input type="checkbox"/> Amb magatzem Con almacén	<input type="checkbox"/> Sense magatzem Sin almacén

DADES DEL DOMICILI SOCIAL (només si no coincideix amb el domicili de l'establiment) / DATOS DEL DOMICILIO SOCIAL (sólo si no coincide con el domicilio del establecimiento)

DOMICILI (CARRER/PLAÇA I NÚMERO) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA Y NÚMERO)			CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	FAX

DADES DEL REPRESENTANT LEGAL/TITULAR / DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL/TITULAR

COGNOMS I NOM / APELLIDOS Y NOMBRE	NIF	<input type="checkbox"/> Titular
RAÓ SOCIAL / RAZÓN SOCIAL	CIF	<input type="checkbox"/> Representant legal Representante legal

DADES D'IDENTIFICACIÓ I QUALIFICACIÓ DEL/LA TÈCNIC/A RESPONSABLE / DATOS IDENTIFICACIÓN Y CUALIFICACIÓN DEL/LA TÉCNICO/A RESPONSABLE

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI / NIF	TITULACIÓ ACADÈMICA (adjunteu còpia confrontada/compulsada) TITULACIÓN ACADÉMICA (adjuntar copia cotejada/compulsada)
---------------------	--------------	-----------	--

EMPRESSES EN LES QUALS PRESTA SERVICI / EMPRESAS EN LAS QUE PRESTA SERVICIO

- Servicis en exclusiva en esta empresa
Servicios en exclusiva en esta empresa
- També servicis en altres empreses, que s'indiquen a continuació:
También servicios en otras empresas, que se relacionan a continuación:

Relació d'empreses addicionals / Relación de empresas adicionales	Dedicació (hores/setm.) Dedicación (horas/sem.)

C DECLARACIÓ RESPONSABLE / DECLARACIÓN RESPONSABLE

Declaració addicional del/la tècnic/a responsable designat/da (marqueu només en el cas que este/a designat siga metge, odontòleg, veterinari o un altre professional sanitari amb facultat per a prescriure o indicar la dispensació de medicaments, i accepte la declaració):

Declaración adicional del/la técnico/a responsable designado/a (marcar sólo en caso de que este/a designado sea médico, odontólogo, veterinario u otro profesional sanitario con facultad para prescribir o indicar la dispensación de medicamentos, y acepte la declaración):

El/la tècnic/a responsable designat/da declara que, sent metge, odontòleg, veterinari, o un altre professional sanitari amb facultat per a prescriure o indicar la dispensació de medicaments, no es troba en exercici clínic de la professió (d'acord amb l'article 3.1 de la Llei 29/2006, de 26 de juliol, de garanties i ús racional dels medicaments i productes sanitaris, modificat per la Llei 28/2009, de 30 de desembre).

El/la tècnic/a responsable designado/a declara que, siendo médico, odontólogo, veterinario, u otro profesional sanitario con facultad para prescribir o indicar la dispensación de medicamentos, no se encuentra en ejercicio clínico de la profesión (de acuerdo con el artículo 3.1 de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, modificado por la Ley 28/2009, de 30 de diciembre).

El representant legal declara, sota la seua responsabilitat, l'exactitud de les dades ressenyades en esta comunicació i la seua conformitat amb el que estableix la legislació vigent.

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

_____, _____ d _____ de _____

El/La representant legal / El/La representante legal

Firma: _____

Les dades de caràcter personal que conté l'imprès 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 fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, 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 14/12/99).

REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

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

A TIPUS DE COMUNICACIÓ / TIPO DE COMUNICACIÓN

- Comunicació prèvia d'inici (Tipus A). Adjunteu un llistat detallat de tots els tipus de productes sanitaris que s'hagen de distribuir.
Comunicación previa de inicio (Tipo A). Adjuntar un listado detallado de todos los tipos de productos sanitarios que se vayan a distribuir.
- Comunicació canvi de titularitat/denominació de l'establiment/domicili/responsable tècnic/productes sanitaris per a distribuir (Tipus B):
Comunicación cambio de titularidad/denominación del establecimiento/domicilio/responsable técnico/productos sanitarios a distribuir (Tipo B):
- De titularitat. Indiqueu titular anterior:
De titularidad. Indicar titular anterior: _____
- De denominació de l'establiment. Indiqueu denominació anterior:
De denominación del establecimiento. Indicar denominación anterior: _____
- De domicili. Indiqueu domicili anterior:
De domicilio. Indicar domicilio anterior: _____
- De responsable tècnic. Indiqueu responsable tècnic anterior:
De responsable técnico. Indicar responsable técnico anterior: _____
- De productes sanitaris per a distribuir. Adjunteu un llistat detallat de tots els tipus de productes sanitaris distribuïts anteriorment i que s'hagen de distribuir.
De productos sanitarios a distribuir. Adjuntar un listado detallado de todos los tipos de productos sanitarios distribuidos anteriormente y que se vayan a distribuir.
- Comunicació de cessament d'activitat (Tipus C).
Comunicación de cese de actividad (Tipo C).

B DADES D'IDENTIFICACIÓ / DATOS DE IDENTIFICACIÓN
DADES DE L'ESTABLIMENT DE DISTRIBUCIÓ / DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE DISTRIBUCIÓN

NOM / NOMBRE			CIF	
ADREÇA (CARRER/PLAÇA I NÚMERO) / DIRECCIÓN (CALLE/PLAZA Y NÚMERO)		CP	LOCALITAT / LOCALIDAD	
PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	FAX	<input type="checkbox"/> Amb magatzem Con almacén	<input type="checkbox"/> Sense magatzem Sin almacén

DADES DEL DOMICILI SOCIAL (només si no coincideix amb el domicili de l'establiment) / DATOS DEL DOMICILIO SOCIAL (sólo si no coincide con el domicilio del establecimiento)

DOMICILI (CARRER/PLAÇA I NÚMERO) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA Y NÚMERO)			CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	FAX

DADES DEL REPRESENTANT LEGAL/TITULAR / DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL/TITULAR

COGNOMS I NOM / APELLIDOS Y NOMBRE	NIF	<input type="checkbox"/> Titular
RAÓ SOCIAL / RAZÓN SOCIAL	CIF	<input type="checkbox"/> Representant legal Representante legal

DADES D'IDENTIFICACIÓ I QUALIFICACIÓ DEL/LA TÈCNIC/A RESPONSABLE / DATOS IDENTIFICACIÓN Y CUALIFICACIÓN DEL/LA TÉCNICO/A RESPONSABLE

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI / NIF	TITULACIÓ ACADÈMICA (adjunteu còpia confrontada/compulsada) TITULACIÓN ACADÉMICA (adjuntar copia cotejada/compulsada)
---------------------	--------------	-----------	--

EMPRESSES EN LES QUALS PRESTA SERVICI / EMPRESAS EN LAS QUE PRESTA SERVICIO

- Servicis en exclusiva en esta empresa
Servicios en exclusiva en esta empresa
- També servicis en altres empreses, que s'indiquen a continuació:
También servicios en otras empresas, que se relacionan a continuación:

Relació d'empreses addicionals / Relación de empresas adicionales	Dedicació (hores/setm.) Dedicación (horas/sem.)

C DECLARACIÓ RESPONSABLE / DECLARACIÓN RESPONSABLE

Declaració addicional del/la tècnic/a responsable designat/da (marqueu només en el cas que este/a designat siga metge, odontòleg, veterinari o un altre professional sanitari amb facultat per a prescriure o indicar la dispensació de medicaments, i accepte la declaració):

Declaración adicional del/la técnico/a responsable designado/a (marcar sólo en caso de que este/a designado sea médico, odontólogo, veterinario u otro profesional sanitario con facultad para prescribir o indicar la dispensación de medicamentos, y acepte la declaración):

El/la tècnic/a responsable designat/da declara que, sent metge, odontòleg, veterinari, o un altre professional sanitari amb facultat per a prescriure o indicar la dispensació de medicaments, no es troba en exercici clínic de la professió (d'acord amb l'article 3.1 de la Llei 29/2006, de 26 de juliol, de garanties i ús racional dels medicaments i productes sanitaris, modificat per la Llei 28/2009, de 30 de desembre).

El/la tècnic/a responsable designado/a declara que, siendo médico, odontólogo, veterinario, u otro profesional sanitario con facultad para prescribir o indicar la dispensación de medicamentos, no se encuentra en ejercicio clínico de la profesión (de acuerdo con el artículo 3.1 de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, modificado por la Ley 28/2009, de 30 de diciembre).

El representant legal declara, sota la seua responsabilitat, l'exactitud de les dades ressenyades en esta comunicació i la seua conformitat amb el que estableix la legislació vigent.

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

_____, _____ d _____ de _____

El/La representant legal / El/La representante legal

Firma: _____

Les dades de caràcter personal que conté l'imprès 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 fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, 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 14/12/99).

REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

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

A TIPUS DE COMUNICACIÓ / TIPO DE COMUNICACIÓN

- Comunicació prèvia d'inici (Tipus A). Adjunteu un llistat detallat de tots els tipus de productes sanitaris que s'hagen de distribuir.
Comunicación previa de inicio (Tipo A). Adjuntar un listado detallado de todos los tipos de productos sanitarios que se vayan a distribuir.
- Comunicació canvi de titularitat/denominació de l'establiment/domicili/responsable tècnic/productes sanitaris per a distribuir (Tipus B):
Comunicación cambio de titularidad/denominación del establecimiento/domicilio/responsable técnico/productos sanitarios a distribuir (Tipo B):
- De titularitat. Indiqueu titular anterior:
De titularidad. Indicar titular anterior: _____
- De denominació de l'establiment. Indiqueu denominació anterior:
De denominación del establecimiento. Indicar denominación anterior: _____
- De domicili. Indiqueu domicili anterior:
De domicilio. Indicar domicilio anterior: _____
- De responsable tècnic. Indiqueu responsable tècnic anterior:
De responsable técnico. Indicar responsable técnico anterior: _____
- De productes sanitaris per a distribuir. Adjunteu un llistat detallat de tots els tipus de productes sanitaris distribuïts anteriorment i que s'hagen de distribuir.
De productos sanitarios a distribuir. Adjuntar un listado detallado de todos los tipos de productos sanitarios distribuidos anteriormente y que se vayan a distribuir.
- Comunicació de cessament d'activitat (Tipus C).
Comunicación de cese de actividad (Tipo C).

B DADES D'IDENTIFICACIÓ / DATOS DE IDENTIFICACIÓN
DADES DE L'ESTABLIMENT DE DISTRIBUCIÓ / DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE DISTRIBUCIÓN

NOM / NOMBRE			CIF	
ADREÇA (CARRER/PLAÇA I NÚMERO) / DIRECCIÓN (CALLE/PLAZA Y NÚMERO)		CP	LOCALITAT / LOCALIDAD	
PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	FAX	<input type="checkbox"/> Amb magatzem Con almacén	<input type="checkbox"/> Sense magatzem Sin almacén

DADES DEL DOMICILI SOCIAL (només si no coincideix amb el domicili de l'establiment) / DATOS DEL DOMICILIO SOCIAL (sólo si no coincide con el domicilio del establecimiento)

DOMICILI (CARRER/PLAÇA I NÚMERO) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA Y NÚMERO)			CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	FAX

DADES DEL REPRESENTANT LEGAL/TITULAR / DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL/TITULAR

COGNOMS I NOM / APELLIDOS Y NOMBRE	NIF	<input type="checkbox"/> Titular
RAÓ SOCIAL / RAZÓN SOCIAL	CIF	<input type="checkbox"/> Representant legal Representante legal

DADES D'IDENTIFICACIÓ I QUALIFICACIÓ DEL/LA TÈCNIC/A RESPONSABLE / DATOS IDENTIFICACIÓN Y CUALIFICACIÓN DEL/LA TÉCNICO/A RESPONSABLE

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI / NIF	TITULACIÓ ACADÈMICA (adjunteu còpia confrontada/compulsada) TITULACIÓN ACADÉMICA (adjuntar copia cotejada/compulsada)
---------------------	--------------	-----------	--

EMPRESSES EN LES QUALS PRESTA SERVICI / EMPRESAS EN LAS QUE PRESTA SERVICIO

- Servicis en exclusiva en esta empresa
Servicios en exclusiva en esta empresa
- També servicis en altres empreses, que s'indiquen a continuació:
También servicios en otras empresas, que se relacionan a continuación:

Relació d'empreses addicionals / Relación de empresas adicionales	Dedicació (hores/setm.) Dedicación (horas/sem.)

C DECLARACIÓ RESPONSABLE / DECLARACIÓN RESPONSABLE

Declaració addicional del/la tècnic/a responsable designat/da (marqueu només en el cas que este/a designat siga metge, odontòleg, veterinari o un altre professional sanitari amb facultat per a prescriure o indicar la dispensació de medicaments, i accepte la declaració):

Declaración adicional del/la técnico/a responsable designado/a (marcar sólo en caso de que este/a designado sea médico, odontólogo, veterinario u otro profesional sanitario con facultad para prescribir o indicar la dispensación de medicamentos, y acepte la declaración):

El/la tècnic/a responsable designat/da declara que, sent metge, odontòleg, veterinari, o un altre professional sanitari amb facultat per a prescriure o indicar la dispensació de medicaments, no es troba en exercici clínic de la professió (d'acord amb l'article 3.1 de la Llei 29/2006, de 26 de juliol, de garanties i ús racional dels medicaments i productes sanitaris, modificat per la Llei 28/2009, de 30 de desembre).

El/la tècnic/a responsable designado/a declara que, siendo médico, odontólogo, veterinario, u otro profesional sanitario con facultad para prescribir o indicar la dispensación de medicamentos, no se encuentra en ejercicio clínico de la profesión (de acuerdo con el artículo 3.1 de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, modificado por la Ley 28/2009, de 30 de diciembre).

El representant legal declara, sota la seua responsabilitat, l'exactitud de les dades ressenyades en esta comunicació i la seua conformitat amb el que estableix la legislació vigent.

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

_____, _____ d _____ de _____

El/La representant legal / El/La representante legal

Firma: _____

Les dades de caràcter personal que conté l'imprès 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 fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, 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 14/12/99).

REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

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

A TIPUS DE COMUNICACIÓ / TIPO DE COMUNICACIÓN

- Comunicació prèvia d'inici (Tipus A). Adjunteu un llistat detallat de tots els tipus de productes sanitaris que s'hagen de distribuir.
Comunicación previa de inicio (Tipo A). Adjuntar un listado detallado de todos los tipos de productos sanitarios que se vayan a distribuir.
- Comunicació canvi de titularitat/denominació de l'establiment/domicili/responsable tècnic/productes sanitaris per a distribuir (Tipus B):
Comunicación cambio de titularidad/denominación del establecimiento/domicilio/responsable técnico/productos sanitarios a distribuir (Tipo B):
- De titularitat. Indiqueu titular anterior:
De titularidad. Indicar titular anterior: _____
- De denominació de l'establiment. Indiqueu denominació anterior:
De denominación del establecimiento. Indicar denominación anterior: _____
- De domicili. Indiqueu domicili anterior:
De domicilio. Indicar domicilio anterior: _____
- De responsable tècnic. Indiqueu responsable tècnic anterior:
De responsable técnico. Indicar responsable técnico anterior: _____
- De productes sanitaris per a distribuir. Adjunteu un llistat detallat de tots els tipus de productes sanitaris distribuïts anteriorment i que s'hagen de distribuir.
De productos sanitarios a distribuir. Adjuntar un listado detallado de todos los tipos de productos sanitarios distribuidos anteriormente y que se vayan a distribuir.
- Comunicació de cessament d'activitat (Tipus C).
Comunicación de cese de actividad (Tipo C).

B DADES D'IDENTIFICACIÓ / DATOS DE IDENTIFICACIÓN
DADES DE L'ESTABLIMENT DE DISTRIBUCIÓ / DATOS DEL ESTABLECIMIENTO DE DISTRIBUCIÓN

NOM / NOMBRE			CIF	
ADREÇA (CARRER/PLAÇA I NÚMERO) / DIRECCIÓN (CALLE/PLAZA Y NÚMERO)		CP	LOCALITAT / LOCALIDAD	
PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	FAX	<input type="checkbox"/> Amb magatzem Con almacén	<input type="checkbox"/> Sense magatzem Sin almacén

DADES DEL DOMICILI SOCIAL (només si no coincideix amb el domicili de l'establiment) / DATOS DEL DOMICILIO SOCIAL (sólo si no coincide con el domicilio del establecimiento)

DOMICILI (CARRER/PLAÇA I NÚMERO) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA Y NÚMERO)			CP
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	FAX

DADES DEL REPRESENTANT LEGAL/TITULAR / DATOS DEL REPRESENTANTE LEGAL/TITULAR

COGNOMS I NOM / APELLIDOS Y NOMBRE	NIF	<input type="checkbox"/> Titular
RAÓ SOCIAL / RAZÓN SOCIAL	CIF	<input type="checkbox"/> Representant legal Representante legal

DADES D'IDENTIFICACIÓ I QUALIFICACIÓ DEL/LA TÈCNIC/A RESPONSABLE / DATOS IDENTIFICACIÓN Y CUALIFICACIÓN DEL/LA TÉCNICO/A RESPONSABLE

COGNOMS / APELLIDOS	NOM / NOMBRE	DNI / NIF	TITULACIÓ ACADÈMICA (adjunteu còpia confrontada/compulsada) TITULACIÓN ACADÉMICA (adjuntar copia cotejada/compulsada)
---------------------	--------------	-----------	--

EMPRESSES EN LES QUALS PRESTA SERVICI / EMPRESAS EN LAS QUE PRESTA SERVICIO

- Servicis en exclusiva en esta empresa
Servicios en exclusiva en esta empresa
- També servicis en altres empreses, que s'indiquen a continuació:
También servicios en otras empresas, que se relacionan a continuación:

Relació d'empreses addicionals / Relación de empresas adicionales	Dedicació (hores/setm.) Dedicación (horas/sem.)

C DECLARACIÓ RESPONSABLE / DECLARACIÓN RESPONSABLE

Declaració addicional del/la tècnic/a responsable designat/da (marqueu només en el cas que este/a designat siga metge, odontòleg, veterinari o un altre professional sanitari amb facultat per a prescriure o indicar la dispensació de medicaments, i accepte la declaració):
Declaración adicional del/la técnico/a responsable designado/a (marcar sólo en caso de que este/a designado sea médico, odontólogo, veterinario u otro profesional sanitario con facultad para prescribir o indicar la dispensación de medicamentos, y acepte la declaración):

El/la tècnic/a responsable designat/da declara que, sent metge, odontòleg, veterinari, o un altre professional sanitari amb facultat per a prescriure o indicar la dispensació de medicaments, no es troba en exercici clínic de la professió (d'acord amb l'article 3.1 de la Llei 29/2006, de 26 de juliol, de garanties i ús racional dels medicaments i productes sanitaris, modificat per la Llei 28/2009, de 30 de desembre).

El/la tècnic/a responsable designado/a declara que, siendo médico, odontólogo, veterinario, u otro profesional sanitario con facultad para prescribir o indicar la dispensación de medicamentos, no se encuentra en ejercicio clínico de la profesión (de acuerdo con el artículo 3.1 de la Ley 29/2006, de 26 de julio, de garantías y uso racional de los medicamentos y productos sanitarios, modificado por la Ley 28/2009, de 30 de diciembre).

El representant legal declara, sota la seua responsabilitat, l'exactitud de les dades ressenyades en esta comunicació i la seua conformitat amb el que estableix la legislació vigent.
El representante legal declara, bajo su responsabilidad, la exactitud de los datos reseñados en la presente comunicación y su conformidad con lo establecido en la legislación vigente.

_____, _____ d _____ de _____

El/La representant legal / E/La representante legal

Firma: _____

Les dades de caràcter personal que conté l'imprès 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 fichero, en el uso de las funciones propias que tiene atribuidas y en el ámbito de sus competencias. Asimismo, 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 14/12/99).

REGISTRE D'ENTRADA
REGISTRO DE ENTRADA

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