



## ANEXO 1

### SOLICITUD DE APLICACIÓN DEL ÍNDICE CORRECTOR DE LOS MÁRGENES DE OFICINAS DE FARMACIA EJERCICIO 2020

#### SOLICITANTE

Nombre y apellidos:

D.N.I.:

Titular de la oficina de farmacia PM núm.:

Situada en la calle:

Población:

C.P.:

Domicilio a efectos de notificaciones:

Importe ventas anuales 2019:

Todos estos datos quedan protegidos en aplicación de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal, especialmente el artículo 10 ("El responsable del fichero y quienes intervengan en cualquier fase del tratamiento de los datos de carácter personal están obligados al secreto profesional respecto a los mismos y al deber de guardarlos, obligaciones que subsistirán aún después de finalizar sus relaciones con el titular del fichero o, en su caso, con el responsable del mismo").

EXPONGO:

Que cumpla los requisitos para acogerme a la aplicación del índice corrector de los márgenes de las oficinas de farmacia y adjunto la siguiente documentación acreditativa:

- Copia del modelo 130 de la declaración del IRPF correspondiente al cuarto trimestre de 2019  
 Declaración responsable del cumplimiento de requisitos

SOLICITO: La aplicación del índice corrector de los márgenes de las oficinas de farmacia correspondiente a las recetas u órdenes de dispensación de medicamentos de uso humano fabricados industrialmente dispensados con cargo a fondos públicos, recogida en el artículo 2.8 del Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo, por el que se establecen los márgenes, deducciones y descuentos correspondientes a la distribución y dispensación de medicamentos de uso humano.

....., ..... de ..... de 2020

[rúbrica]



## ANEXO 2

### DECLARACIÓN RESPONSABLE DEL CUMPLIMIENTO DE REQUISITOS

<b>Nombre y apellidos:</b>		
<b>D.N.I.:</b>		
<b>Titular de la oficina de farmacia PM núm.:</b>		
<b>Situada en la calle:</b>	<b>Población:</b>	<b>C.P.:</b>

DECLARO

1. Que no he sido objeto de sanción administrativa o inhabilitación profesional ni estoy excluido de la concertación.
2. Que he participado activamente en los programas de atención farmacéutica y en la realización del conjunto de actividades destinadas a la utilización racional de los medicamentos promovidos por la administración sanitaria competente de la Comunidad Autónoma de les Illes Balears.

....., ..... de ..... de 2020

[firma del interesado]