



G CONSELLERIA
O SALUT I CONSUM
I DIRECCIÓ GENERAL
B PRESTACIONS
/ I FARMÀCIA

Sol·licitud d'autorització de tancament d'una entitat distribuïdora de
medicaments (magatzem majorista de distribució/
magatzem per contracte)

Codi DIR3: A04026920

Codi SIA: 207943

SOL·LICITANT		
Nom i llinatges:		
DNI:		
Titular de l'oficina de farmàcia PM. núm.:		
Situada al carrer:	Població:	CP:
Domicili de notificació:		

EXPOS: (motius i justificació)

SOL·LICIT

DOCUMENTACIÓ QUE S'ADJUNTA

Informació sobre protecció de dades personals

De conformitat amb el Reglament (UE) 2016/679 (RGPD) i la legislació vigent en matèria de protecció de dades, s'informa del tractament de les dades personals que conté aquest formulari.

Finalitat del tractament i base jurídica: tramitació del procediment administratiu Sol·licitud d'autorització de tancament d'una entitat distribuïdora de medicaments d'acord amb el que preveuen la Llei 7/1998 de 12 de novembre d'Ordenació farmacèutica de les Illes Balears i el Decret 116/2002, de 13 de setembre, pel qual s'estableixen els requisits dels magatzems de distribució de medicaments i

