



Código DIR3: A04026920

Código SIA: 207943

SOLICITANTE

Nombre y apellidos:

DNI:

Titular de la oficina de farmacia PM. núm.:

Situada en la calle:

Población:

CP:

Domicilio a efectos de notificación:

EXPONGO (motivos y justificación)

SOLICITO

DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA

Información sobre protección de datos personales

De conformidad con el Reglamento (UE) 2016/679 (RGPD) y la legislación vigente en materia de protección de datos, se informa del tratamiento de los datos personales que contiene este formulario.

Finalidad del tratamiento y base jurídica: tramitación del procedimiento Solicitud de autorización de cierre de una entidad distribuidora de medicamentos de acuerdo con el que prevén la Ley 7/1998 de 12 de noviembre de Ordenación farmacéutica de las Islas Baleares y el Decreto 116/2002, de 13 de septiembre, por el cual se establecen los requisitos de los almacenes de distribución de medicamentos y productos sanitarios y el procedimiento para su autorización, traslado y cierre, y se regulan las existencias mínimas, así como las de las oficinas de farmacia.

