

A DADES DE LA PERSONA SOL·LICITANT / DATOS DE LA PERSONA SOLICITANTE

COGNOMS I NOM O RAÓ SOCIAL / APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	NIF	NUM . COL·LEGIAT / Nº COLEGIADO
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)	CP	LOCALITAT / LOCALIDAD
PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO

B DADES DE LA PERSONA REPRESENTANT (si és el cas) / DATOS DE LA PERSONA REPRESENTANTE (en su caso)

COGNOMS I NOM / APELLIDOS Y NOMBRE	NIF
CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO	

C DADES DE NOTIFICACIÓ / DATOS DE NOTIFICACIÓN

Indique en quina llengua desitja rebre les notificacions: Indique en qué lengua desea recibir las notificaciones:	Si el sol·licitant és persona física, accepta la notificació per mitjans electrònics: Si el solicitante es persona física, acepta la notificación por medios electrónicos:	
<input type="checkbox"/> Valencià / Valenciano <input type="checkbox"/> Castellà / Castellano	<input type="checkbox"/> SI	
EMPLENAR EN CAS QUE SIGA DIFERENT A L'APARTAT A ó B / RELLENAR EN CASO QUE SEA DIFERENT AL APARTADO A ó B		
DOMICILI (CARRER O PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DIRECCIÓN (CALLE O PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)	CP	LOCALITAT / LOCALIDAD
PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO

(*) A l'efecte de la pràctica de notificacions electròniques, l'interessat haurà de disposar de certificat electrònic en els termes previstos en la seu electrònica de la Generalitat (<https://sede.gva.es>). Rebrà l'avis de posada a la disposició de la notificació electrònica en el seu correu electrònic.

(*) A efectos de la práctica de notificaciones electrónicas, el interesado deberá disponer de certificado electrónico en los términos previstos en la sede electrónica de la Generalitat (<https://sede.gva.es>). Recibirá el aviso de puesta a disposición de la notificación electrónica en su correo electrónico.

D DADES L'OFICINA DE FARMÀCIA / DATOS DE LA OFICINA DE FARMACIA

NOM O RAÓ SOCIAL / NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	NÚM. D'OFICINA DE FARMÀCIA / Nº OFICINA FARMACIA		
NÚM. COL·LEGIAT / Nº COLEGIADO	DOMICILI (CARRER / PLAÇA I NÚMERO) / DOMICILIO (CALLE / PLAZA Y NÚMERO)	LOCALITAT / LOCALIDAD	
LOCALITAT / LOCALIDAD	PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO

E DADES DEL FARMACÈUTIC PROPOSAT/ DATOS DEL FARMACÉUTICO PROPUESTO

COGNOMS I NOM O RAÓ SOCIAL / APELLIDOS Y NOMBRE O RAZÓN SOCIAL	NIF	NUM . COL·LEGIAT / Nº COLEGIADO
DOMICILI (CARRER/PLAÇA, NÚMERO I PORTA) / DOMICILIO (CALLE/PLAZA, NÚMERO Y PUERTA)	CP	LOCALITAT / LOCALIDAD
PROVÍNCIA / PROVINCIA	TELÈFON / TELÉFONO	CORREU ELECTRÒNIC / CORREO ELECTRÓNICO

F DOCUMENTACIÓ QUE S'APORTA / DOCUMENTACIÓN QUE SE APORTA

<input type="checkbox"/> Còpia del Títol de Llicenciat en farmàcia , en cas d'oposició. / Copia del Título de Licenciado en farmacia, en caso de oposición.. <input type="checkbox"/> Document acreditatiu de col·legiació / Documento acreditativo de colegiación <input type="checkbox"/> Acreditació de la representació, llevat que aquest inscrit en el Registre de Representants de la Generalitat Valenciana, o bé en el Registre Electrònic d'apoderaments de la A.G.E. Acreditación de la representación, salvo que este inscrito en el Registro de Representantes de la Generalitat Valenciana, o bien en el Registro Electrónico de apoderamientos de la A.G.E. <input type="checkbox"/> Declaració jurada de no incompatibilitat per a l'exercici professional en oficina de farmàcia (d'acord amb el model). / Declaración jurada de no incompatibilidad para el ejercicio profesional en oficina de farmacia (de acuerdo con el modelo). <input type="checkbox"/> Acreditació de la relació laboral del farmacèutic substitut proposat amb l'oficina de farmàcia, en cas d'oposició a la consulta per part de l'Administració. / Acreditación de la relación laboral del farmacéutico sustituto propuesto con la oficina de farmacia, en caso de oposición a la consulta por parte de la Administración. <input type="checkbox"/> Acreditació dels motius de la substitució d'acord amb la llei. / Acreditación de los motivos de la sustitución de acuerdo con la ley.

G SOL·LICITUD / SOLICITUD

Que d'acord amb l'art. 26 de la Llei 6/1998, de 22 de juny, de la Generalitat Valenciana, d'Ordenació Farmacèutica (DOGV num. 3273, de 26/06/1998) se sol·licita autorització de nomenament de farmacèutic substituït des de fins

Que de acuerdo con el art. 26 de la Ley 6/1998, de 22 de junio, de la Generalitat Valenciana, de Ordenación Farmacéutica (DOGV nº 3273, de 26/06/1998) se solicita autorización de nombramiento de farmacéutico sustituto desde hasta

Abans de signar la comunicació, ha de llegir la informació sobre protecció de dades següent, atès que comporta el tractament de dades de caràcter personal. Antes de firmar la comunicación, debe leer la información sobre protección de datos siguiente, dado que conlleva el tratamiento de datos de carácter personal.

_____, ____ de _____ de _____

FIRMA ELECTRÒNICA/FIRMA ELECTRÓNICA

H INFORMACIÓ BÀSICA SOBRE PROTECCIÓ DE DADES / INFORMACIÓN BÁSICA SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS

Nom de l'activitat de tractament: Sol·licitud d'autorització de nomenament de farmacèutic substituït.

Nombre de la actividad de tratamiento: Solicitud de autorización de nombramiento de farmacéutico sustituto.

Finalitat del tractament: Gestió de la sol·licitud d'autorització de nomenament de farmacèutic substituït.

Finalidad del tratamiento: Gestión de la solicitud de autorización de nombramiento de farmacéutico sustituto.

Identitat del responsable del tractament: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

Identidad del responsable del tratamiento: Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública.

Legitimació: RPGD 6.1 c) el tractament és necessari per al compliment d'una obligació legal aplicable al responsable del tractament. Llei 6/1998, de 22 de juny, de la Generalitat Valenciana, d'Ordenació Farmacèutica

Legitimación: RPGD 6.1 c) el tratamiento es necesario para el cumplimiento de una obligación legal aplicable al responsable del tratamiento. Ley 6/1998, de 22 de junio, de la Generalitat Valenciana, de Ordenación Farmacéutica

Drets de les persones interessades: Tenen dret a sol·licitar l'accés a les seues dades personals, la rectificació o supressió de les mateixes, a la limitació del seu tractament, a oposar-se al mateix o a no ser objecte d'una decisió basada únicament en el tractament automatitzat, inclosa l'elaboració de perfils. Les sol·licituds per exercir estos drets podran presentar-se de manera presencial o telemàtica, de conformitat amb el que preveu l'enllaç següent:

http://www.gva.es/va/inicio/procedimientos?id_proc=19970

Derechos de las personas interesadas: Tienen derecho a solicitar el acceso a sus datos personales, la rectificación o supresión de los mismos, a la limitación de su tratamiento, a oponerse al mismo o a no ser objeto de una decisión basada únicamente en el tratamiento automatizado, incluida la elaboración de perfiles. Las solicitudes para ejercer estos derechos, podrán presentarse de manera presencial o telemática, de conformidad con lo previsto en el siguiente enlace:

http://www.gva.es/va/inicio/procedimientos?id_proc=19970

Més informació: Podrà consultar el registre d'activitats de tractament de la Conselleria de Sanitat Universal i Salut Pública en l'adreça electrònica <http://www.san.gva.es/web/comunicacion/registre-de-tractament-de-dades>. Podrà contactar amb el Delegat de Protecció de Dades en l'adreça electrònica dpd@gva.es.

Más información: Podrá consultar el registro de actividades de tratamiento de la Conselleria de Sanidad Universal y Salud Pública en la dirección electrónica <http://www.san.gva.es/web/comunicacion/registre-de-tractament-de-dades>. Podrá contactar con el Delegado de Protección de Datos en la dirección electrónica dpd@gva.es.