

AUTORIZACIÓN PARA PRESENTACIÓN DE SOLICITUD

1.- Datos del autorizante: farmacéutico titular propietario

NIF/NIE		Apellidos				
Nombre						
Dirección	Tipo vía		Nombre vía		Nº	
Piso	Puerta	CP	Localidad	Provincia		

2.- Datos del autorizado:

NIF/NIE		Apellidos				
Nombre						
Dirección	Tipo vía		Nombre vía		Nº	
Piso	Puerta	CP	Localidad	Provincia		

3.- Datos del procedimiento:

Nombre del Procedimiento	

D./D^a. [] autoriza a D/D^a [] a la presentación de la solicitud en su nombre, y **única y exclusivamente a dichos efectos.**

En Madrid, a [] de [] de []

Fdo.:

Por autorizado y autorizante

En cumplimiento del artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, los datos personales recogidos serán incorporados y tratados en el fichero "CYES", cuya finalidad es la gestión de autorizaciones, comunicaciones y notificaciones de centros servicios y establecimientos sanitarios promoción y gestión del empleo, no previéndose cesiones de los mismos, salvo las previstas en la Ley. El órgano responsable del fichero es la Dirección General de Inspección y Ordenación, ante la que se podrán ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición.

ANEXO II: Modelo de otorgamiento de representación en caso de cotitularidad de oficinas de farmacia

1.- Datos de la oficina de farmacia:

Oficina de farmacia nº		Nº de directores técnicos propietarios	
Dirección	Tipo de vía	Nombre de vía	Nº
CP	Localidad	Provincia	

2.- Director técnico propietario firmante de la comunicación:

NIF/NIE	Apellido1	Apellido2
Nombre		

3.- Resto de directores técnicos propietarios de la oficina de farmacia que otorgan su representación para efectuar la comunicación de dispensación de medicamentos en oficinas de farmacia:

NIF/NIE	Nombre
Primer Apellido	Segundo Apellido
Consultas autorizadas	<input type="checkbox"/> DNI/NIE del Firma

NIF/NIE	Nombre
Primer Apellido	Segundo Apellido
Consultas autorizadas	<input type="checkbox"/> DNI/NIE del Firma

NIF/NIE	Nombre
Primer Apellido	Segundo Apellido
Consultas autorizadas	<input type="checkbox"/> DNI/NIE del Firma

NIF/NIE		Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido	
Consultas autorizadas	<input type="checkbox"/>	DNI/NIE del	Firma

NIF/NIE		Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido	
Consultas autorizadas	<input type="checkbox"/>	DNI/NIE del	Firma

NIF/NIE		Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido	
Consultas autorizadas	<input type="checkbox"/>	DNI/NIE del	Firma

(*) Autorizo a la Comunidad de Madrid a recabar los datos relativos a los documentos seleccionados, eximiéndome de la necesidad de aportarlos, de acuerdo con lo establecido en el artículo 28.2 de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de Procedimiento Administrativo Común de las Administraciones Públicas.

En....., a..... de..... de.....

FIRMA

Los datos personales recogidos en este formulario serán tratados de conformidad con el nuevo Reglamento Europeo (UE) 2016/679 de Protección de Datos. La información relativa a los destinatarios de los datos, la finalidad y las medidas de seguridad, así como cualquier información adicional relativa a la protección de sus datos personales podrá consultarla en el siguiente enlace www.madrid.org/proteccionDeDatos. Ante el responsable del tratamiento podrá ejercer, entre otros, sus derechos de acceso, rectificación, supresión, oposición y limitación de tratamiento.