

DIRECCION GENERAL DE SALUD PUBLICA

Subdirección General de Seguridad Alimentaria, Ambiental y Productos Farmacéuticos

**MODELO DE SOLICITUD DE AUTORIZACIÓN DE UN DEPÓSITO DE MEDICAMENTOS
VINCULADO A UNA OFICINA DE FARMACIA**

D.....
(Nombre y Apellidos o razón social)

en su calidad de (1) :

Denominación del Centro donde se ubica el Depósito:.....

Dirección :

.....
(Calle, número, código postal, localidad)

Zona de Salud:.....

Área de Salud :

Teléfono :

Fax :

E- mail:

SOLICITA LA AUTORIZACIÓN COMO DEPOSITO DE MEDICAMENTOS DE (2):

- ☐ Centro hospitalario privados < 100 camas.
- ☐ Centro especializado en tratamientos específicos médico-quirúrgicos sin internamiento
- ☐ Centro Socio- sanitarios.
- ☐ Otros tipos de Centros

En a de de 200....

Fdo:

- (1) Adjuntar Documento acreditativo de la representación que ostente.
- (2) Este modelo de Solicitud debe ir acompañado de la Documentación perceptiva para la Autorización.

DIRECCION GENERAL DE SALUD PUBLICA

Subdirección General de Seguridad Alimentaria, Ambiental y Productos Farmacéuticos

DOCUMENTACIÓN A PRESENTAR PARA LA AUTORIZACIÓN DE UN DEPÓSITO DE MEDICAMENTO VINCULADO A UNA OFICINA DE FARMACIA

1. Solicitud de Autorización del Depósito

2.Documentación relativa al Centro donde se ubica el Depósito :

- Titularidad del Centro, persona física o jurídica titular del centro.
- Denominación del Centro, localización, número de camas o, en su caso, de plazas (asistidos, no asistidos)
- Tipología y finalidad asistencial del Centro.

3. Documentación relativa al personal:

- Datos del farmacéutico titular responsable de la oficina de farmacia a la que está vinculada el depósito de medicamentos:
 - Titular/ cotitulares de la oficina de farmacia y número/s de colegiado .
 - Funciones, responsabilidades y dedicación horaria.
 - Datos de la Oficina de Farmacia : dirección, teléfono, fax, zona de salud, Área de Salud.
- Declaración del farmacéutico especificando que se hace responsable de dicho deposito así como que no incurrir en ninguna incompatibilidad prevista por la legislación vigente.
- Declaración del farmacéutico especificando si es responsable de otros depósitos de medicamentos , indicando su nombre y ubicación.
- Datos de otro personal del depósito, indicando su titulación, vinculación jurídica con el Centro y dedicación horaria.

4. Documentación relativa a las instalaciones:

- Plano General del Centro Sanitario, en el que se señale con exactitud el emplazamiento del Depósito de Medicamentos y la situación del mismo respecto al resto de las instalaciones.
- Plano específico del deposito de medicamentos especificando la superficie útil y con indicación de la ubicación de las distintas zonas que lo componen:
 - Zona de recepción.
 - Zona de almacenamiento:
 - Zona administrativa y de gestión: dotada de dotación bibliográfica adecuada.

- Ubicación del armario o caja de seguridad para estupefacientes, en su caso, y del sistema de frío para termolábiles, que deberá contar con dispositivo de registro de temperaturas.
- Listado de equipamiento del que estará dotado el depósito.

5.- Listado de medicamentos clasificados por grupos terapéuticos.

6.- Documentación en relación a la actividad: (PNTs) , como mínimo :

- Procedimientos Normalizados de Trabajo (PNTs) de limpieza de las instalaciones.
- Procedimientos Normalizados de Trabajo de adquisición, recepción y almacenamiento de medicamentos y otros productos farmacéuticos por el Depósito.
- Procedimientos Normalizados de Trabajo de adquisición, custodia y conservación de medicamentos estupefacientes.
- Procedimientos Normalizados de Trabajo de adquisición, custodia y conservación de medicamentos termolábiles.
- Procedimientos Normalizados de Trabajo de rotación, control de existencias y registro de caducidades.
- Procedimientos Normalizados de Trabajo para medicamentos y otros productos farmacéuticos objeto de una alerta sanitaria.

7.- Documento acreditativo del pago de tasas.

Modelo 50 de Abono de Tasas de la Consejería de Administración Pública y Hacienda.

Tasa por tramitación y Resolución de Expedientes en materia de Planificación y Ordenación Farmacéutica (Nº Cod: 15056-1)

Concepto: Autorización de instalación y funcionamiento de los depósitos de medicamentos .

Importe: **152,04 euros**

DIRECCION GENERAL DE SALUD PUBLICA

Subdirección General de Seguridad Alimentaria, Ambiental y Productos Farmacéuticos

**MODELO DE SOLICITUD DE AUTORIZACION PARA LA UTILIZACIÓN DE TOXINA
BOTULÍNICA TIPO A CON FINES ESTÉTICOS**

D.....
(Nombre y Apellidos o razón social)

en su calidad de

denominación del Centro donde se ubica el Depósito :

.....

Dirección

.....

(Calle, número, código postal, localidad)

Teléfono : Fax:

E- mail:

SOLICITA LA AUTORIZACIÓN PARA LA UTILIZACIÓN DE TOXINA BOTULÍNICA TIPO A:

DOCUMENTACIÓN QUE PRESENTA :

- ☐ Fotocopia compulsada de la autorización de instalación y funcionamiento del centro sanitario.
- ☐ Fotocopia compulsada de la autorización del Depósito de Medicamentos , en su caso.
- ☐ Fotocopia del titulo del personal sanitario que va a aplicar la Toxina Botulinica Tipo A.
- ☐ Cursos de formación en la aplicación de la Toxina realizados por el personal, en su caso.
- ☐ Memoria de las actividades del centro que justifiquen la necesidad de disponer de la toxina botulínica tipo A con fines estéticos .

En a de de 200....

Fdo:
(El interesado)

Subdirección General de Seguridad Alimentaria, Ambiental y Productos Farmacéuticos

Apellidos y nombre del Paciente : _____

Sexo: _____

Dirección : _____

[illegible]