



**JUNTA DE  
EXTREMADURA**

**Declaración del/ de los responsable/s de sitios web que realizan venta a distancia al público de medicamentos de uso humano no sujetos a prescripción médica**

**TITULAR/REGENTE**

DNI/NIE		Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido	
		<input type="checkbox"/> Farmacéutico titular <input type="checkbox"/> Farmacéutico regente	
Nº Farmacia		Dirección	

**OTROS TITULARES DE LA OFICINA DE FARMACIA**

DNI/NIE		Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido	
		<input type="checkbox"/> Farmacéutico titular	

DNI/NIE		Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido	
		<input type="checkbox"/> Farmacéutico titular	

DNI/NIE		Nombre	
Primer Apellido		Segundo Apellido	
		<input type="checkbox"/> Farmacéutico titular	

El farmacéutico(s) titular(es) / regente, como responsable/s de las funciones y servicios de la oficina de farmacia nº OF- ..... sobre la actividad de venta de medicamentos de uso humano no sujetos a prescripción médica a través del sitio web de la oficina de farmacia www . .....declara:

1. Que el sitio web www. .... está registrado por el titular o titulares de la oficina de farmacia.
2. Que se compromete al cumplimiento de todo lo dispuesto en el Real Decreto 870/2013, de 8 noviembre, por el que se regula la venta a distancia al público, a través de sitios web, de medicamentos de uso humano no sujetos a prescripción médica.
3. Se compromete a usar el logotipo común adoptado en el marco de la Unión Europea, en su calidad de Marca propiedad de la Comisión Europea, así como a abstenerse de la utilización de este logotipo de cualquier otra forma no prevista en dicho real decreto.
4. Que las condiciones declaradas en documentos aportados en la comunicación de venta de medicamentos sin receta a través de Internet se mantendrán al menos en tanto se desarrolle la actividad.

En ..... , a ..... de ....., de 2.....

**FIRMA**

Nombre y Apellidos	Nombre y Apellidos	Nombre y Apellidos	Nombre y Apellidos

Se firmará por el Farmacéutico/s Titular/es. En el caso de regencia, se firmará por Farmacéutico regente y además por el Farmacéutico Titular jubilado / tutor del farmacéutico incapacitado / Herederos o representantes legales del farmacéutico fallecido, prestando su consentimiento a esta declaración.