

## ANEXO 1

**Solicitud para participar en el concurso de méritos para la adjudicación de una oficina de farmacia en la zona farmacéutica de.....**

**CÓDIGO SIA** <sup>1</sup>

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

|                                 |  |
|---------------------------------|--|
| <b>DESTINO</b> <sup>2</sup>     |  |
| <b>CÓDIGO DIR3</b> <sup>3</sup> |  |

### SOLICITANTE

#### Persona física

|                        |  |                   |           |
|------------------------|--|-------------------|-----------|
| DNI/NIE                |  | Nombre            |           |
| Apellido 1             |  | Apellido 2        |           |
| Dirección electrónica  |  |                   |           |
| Dirección postal       |  |                   |           |
| Código postal          |  | Localidad         | Municipio |
| Provincia <sup>4</sup> |  | País <sup>4</sup> |           |
| Teléfono               |  | Fax               |           |

### REPRESENTANTE

<sup>5</sup>

|  |     |                     |              |
|--|-----|---------------------|--------------|
| DNI/NIE  |     | Nombre              |              |
| Apellido 1   |     | Apellido 2          |              |
| NIF  |     | Denominación social |              |
| Dirección  |     |                     |              |
| Dirección postal   |     |                     |              |
| Código postal  |     | Localidad           | Municipio    |
| Provincia <sup>4</sup>   |     | País <sup>4</sup>   |              |
| Teléfono   |     | Fax                 |              |
| <b>Medio de acreditación de la representación</b> <sup>6</sup> | REA | Nº. _____           | Otros: _____ |

**EXPONGO:**

**SOLICITO:**

**Documentación adjunta relativa a la titularidad de una oficina de farmacia**

☐ SI

☐ NO

**VERIFICACIÓN Y CONSULTA TELEMÁTICA DE LOS DATOS DE IDENTIDAD**

Autorizo la consulta y verificación telemática por parte de la Consejería de Salud de mis datos de identidad (DNI o NIE).

☐ Me opongo a la consulta y verificación telemática de mis datos de identidad (DNI o NIE), y por tanto adjuntaré el documento identificativo correspondiente.

**DOCUMENTACIÓN QUE SE ADJUNTA**

(Esta numeración debe coincidir con la que figure en cada uno de los documentos)

1.

2.

3.

4.

5.

6.

7.



GOIB  
/

|     |
|-----|
| 8.  |
| 9.  |
| 10. |
| 11. |
| 12. |
| 13. |
| 14. |
| 15. |
| 16. |
| 17. |
| 18. |
| 19. |
| 20. |
| 21. |
| 22. |
| 23. |
| 24. |
| 25. |
| 26. |
| 27. |
| 28. |
| 29. |
| 30. |
| 31. |
| 32. |
| 33. |
| 34. |
| 35. |
| 36. |



GOIB

|     |
|-----|
| 37. |
| 38. |
| 39. |
| 40. |
| 41. |
| 42. |
| 43. |
| 44. |
| 45. |
| 46. |
| 47. |
| 48. |
| 49. |
| 50. |
| 51. |
| 52. |
| 53. |
| 54. |
| 55. |

#### INFORMACIÓN SOBRE PROTECCIÓN DE DATOS PERSONALES

De conformidad con el Reglamento (UE) 2016/679 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 27 de abril de 2016, relativo a la protección de las personas físicas en lo que se refiere al tratamiento de datos personales y a la libre circulación de estos datos y por el que se deroga la Directiva 95/46/CE (Reglamento general de protección de datos), y con la legislación vigente en materia de protección de datos, se informa del tratamiento de datos personales contenidos en esta solicitud.

Finalidad del tratamiento y base jurídica: tramitación de la convocatoria de un concurso de méritos para la adjudicación de oficinas de farmacia de acuerdo con la Ley 7/1998, de 12 de noviembre, de ordenación farmacéutica de las Illes Balears, y de acuerdo con el Decreto 25/1999, de 19 de marzo, por el que se aprueban las zonas farmacéuticas de las Illes Balears y el procedimiento para la autorización de nuevas oficinas de farmacia, en la redacción que ambas disposiciones presentaban el día 27 de abril de 2010.



GOIB

Responsable del tratamiento: Dirección General de Prestaciones, Farmacia y Consumo.

Destinatarios de los datos personales: no se cederán los datos personales a terceros, salvo que haya obligación legal o interés legítimo de acuerdo con el RGPD.

Plazo de conservación de los datos personales: será de aplicación lo previsto en la normativa de archivos y documentación.

Existencia de decisiones automatizadas: no hay.

Transferencias de datos a terceros países: los datos no se transferirán a terceros países.

Ejercicio de derechos y reclamaciones: la persona afectada por el tratamiento de datos personales puede ejercer sus derechos de información, de acceso, de rectificación, de supresión, de limitación, de portabilidad, de oposición y de no inclusión en tratamientos automatizados (e, incluso, de retirar el consentimiento, en su caso, en los términos que establece el RGPD) ante el responsable del tratamiento antes mencionado, mediante el procedimiento denominado *Solicitud de ejercicio de derechos en materia de protección de datos personales*, publicado en la sede electrónica de la CAIB.

Con posterioridad a la respuesta del responsable o al hecho de que no haya respuesta en el plazo de un mes, podrá presentar la *Reclamación de tutela de derechos* ante la Agencia Española de Protección de Datos (AEPD).

Delegación de protección de datos: la Delegación de Protección de Datos de la Administración de la Comunidad Autónoma de las Illes Balears tiene su sede en la Consejería de Presidencia y Administraciones Públicas (Paseo de Sagrera, 2, 07012 Palma). Dirección electrónica de contacto: [protecciodades@dpd.caib.es](mailto:protecciodades@dpd.caib.es)

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2024

[rúbrica]



GOIB

## INSTRUCCIONES

Escriba preferentemente en mayúsculas, sobre todo en el apartado de datos personales.

1. Código de identificación del procedimiento. Lo ha de consignar la Administración.
2. Indica el órgano al cual se dirige la comunicación: Dirección General de Prestaciones, Farmacia y Consumo.
3. Escriba el código de identificación correspondiente al órgano (DIR3). Si no lo sabe, puede buscarlo en la página web de atención a la ciudadanía del Gobierno de las Illes Balears o pedirlo a las oficinas del Registro.
4. La provincia o el país sólo han de figurar si la dirección de notificación está ubicada en otra comunidad autónoma o en un país extranjero.
5. En el caso que formalice la comunicación un representante, se han de consignar todos los datos del solicitante en el apartado correspondiente («Persona interesada»).
6. Si acredita la representación por un medio distinto de la inscripción en el Registro Electrónico de Apoderamientos (REA), ha de presentar el documento que le acredite y, en el apartado «Documentación que se adjunta», ha de hacer constar que presenta esta acreditación.



G CONSELLERIA  
O SALUT I CONSUM  
I DIRECCIÓ GENERAL  
B PRESTACIONS  
I FARMÀCIA

## ANEXO 2

### DECLARACIÓN RESPONSABLE

CÓDIGO SIA <sup>1</sup>

|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|--|

|                             |  |
|-----------------------------|--|
| DESTINO <sup>2</sup>        |  |
| CÓDIGO DIR3<br><sup>3</sup> |  |

#### DECLARANTE

|                        |  |                   |           |
|------------------------|--|-------------------|-----------|
| DNI/NIE                |  | Nombre            |           |
| Apellido 1             |  | Apellido 2        |           |
| Dirección electrónica  |  |                   |           |
| Dirección postal       |  |                   |           |
| Código postal          |  | Localidad         | Municipio |
| Provincia <sup>4</sup> |  | País <sup>4</sup> |           |
| Teléfono               |  | Fax               |           |

#### REPRESENTANTE <sup>5</sup>

|                        |  |                     |           |
|------------------------|--|---------------------|-----------|
| DNI/NIE                |  | Nombre              |           |
| Apellido 1             |  | Apellido 2          |           |
| NIF                    |  | Denominación social |           |
| Dirección electrónica  |  |                     |           |
| Dirección postal       |  |                     |           |
| Código postal          |  | Localidad           | Municipio |
| Provincia <sup>4</sup> |  | País <sup>4</sup>   |           |



GOIB

|  |  |               |              |
|--|--|---------------|--------------|
| Teléfono   |  | Fax           |              |
| <b>Medio de acreditación de la representación</b> <sup>6</sup> |  | REA N°. _____ | Otros: _____ |

|  |
|--|
| <b>DECLARO:</b><br><br>Que he sido titular/ cotitular de la oficina de farmacia _____, desde ____/____/____<br>hasta la fecha de la transmisión, autorizada mediante la Resolución de _____ de ____/____/____, por lo que no estoy incurso en ninguna<br>causa de prohibición por razón de titularidad/cotitularidad por participar en el concurso<br>para la adjudicación de una oficina de farmacia a _____. |
|--|

....., ..... de..... ..... de 2024

[rúbrica]



## INSTRUCCIONES

Escriba preferentemente en mayúsculas, sobre todo en el apartado de datos personales.

1. Código de identificación del procedimiento. Lo ha de consignar la Administración.
2. Indica el órgano al cual se dirige la declaración responsable: Dirección General de Prestaciones y Farmacia.
3. Escriba el código de identificación correspondiente al órgano (DIR3). Si no lo sabe, puede buscarlo en la página web de atención a la ciudadanía del Gobierno de las Illes Balears o pedirlo a las oficinas del Registro.
4. La provincia o el país sólo han de figurar si la dirección de notificación está ubicada en otra comunidad autónoma o en un país extranjero.
5. En el caso que formalice la declaración responsable uno representante, se han de consignar todos los datos del declarando en el apartado correspondiente («Declarante»).
6. Si acredita la representación por un medio distinto de la inscripción en el Registro electrónico de apoderamientos (REA), ha de presentar el documento que le acredite y, en el apartado «Documentación que se adjunta», ha de hacer constar que presenta esta acreditación.

### ANEXO 3

| Orden de preferencia para la adjudicación de oficinas de farmacia |
|---|
| 1.  |
| 2.  |
| 3.  |
| 4.  |
| 5.  |
| 6.  |
| 7.  |
| 8.  |
| 9.  |
| 10.   |
| 11.   |
| 12.   |
| 13.   |
| 14.   |
| 15.   |
| 16.   |
| 17.   |
| 18.   |

Esta lista debe presentarse en el caso de que en la convocatoria de concurso se ofrezcan varias oficinas de farmacia, y en el caso de que se hayan convocado en la misma fecha varios concursos para la adjudicación de oficinas de farmacia.

La oficina de farmacia se adjudicará con arreglo al orden de preferencia establecido en este documento y se tendrá por efectuada la renuncia a la participación en los demás procedimientos de concurso de méritos.

....., ..... de..... de 2024

[rúbrica]

## ANEXO 4

### Autovaloración de los méritos

**A. Méritos profesionales. Puntuación por mes completo de ejercicio, hasta la fecha máxima de 7 de junio de 2010. Puntuación máxima del apartado 25 puntos**

|   |  |
|---|--|
| A.1. Ejercicio con nombramiento como farmacéutico regente, sustituto o adjunto o como farmacéutico titular en una oficina de farmacia abierta al público (0,1 puntos/mes, con un máximo de 20 puntos):  |  |
| A.2. Ejercicio como farmacéutico en servicios de farmacia hospitalarios, sociosanitarios y penitenciarios (0,08 puntos/mes, con un máximo de 15 puntos):  |  |
| A.3. Ocupación de puestos relacionados directamente con el medicamento y las oficinas de farmacia en la administración pública sanitaria, bien sea como propietario, interino o contratado (0,08 puntos/mes, con un máximo de 14 puntos):   |  |
| A.4. Ejercicio como farmacéutico en la Administración pública sanitaria como propietario, interino o contratado en puestos no relacionados directamente con el medicamento y las oficinas de farmacia (0,07 puntos/mes, con un máximo de 13 puntos):  |  |
| A.5. Ejercicio como farmacéutico director técnico, en laboratorio de fabricación de medicamentos, en distribución mayorista de medicamentos, en centros de información del medicamento como especialistas que desarrollan su especialidad o en oficinas de farmacia sin nombramiento de adjunto, sustituto o regente (0,06 puntos/mes, con un máximo de 13 puntos): |  |
| A.6. Ejercicio como farmacéutico en cualquier otra modalidad (0,05 puntos/mes, con un máximo de 8 puntos):  |  |
| Total A:  |  |

**B. Méritos académicos. Puntuación máxima del apartado 9 puntos, por méritos generados hasta la fecha máxima de 7 de junio de 2010**

|   |  |  |
|---|--|--|
| B.1. Por expediente académico (máximo 6 puntos). El coeficiente de la división de la suma de los puntos que resulten de asignar:                              |  |  |
| Matrículas de honor (6 puntos por matrícula):   |  |  |
| Sobresalientes (5 puntos por sobresaliente):  |  |  |
| Notables ( 4 puntos por notable):   |  |  |
| Número total de asignaturas valoradas:  |  |  |
| B.2. Por grado de licenciado (0,5 puntos, con un máximo de 0,5 puntos):   |  |  |
| B.3. Por grado de doctorado (1 punto, pero se añaden 0,5 puntos más por la calificación de cum laude y/o premio extraordinario, con un máximo de 1,5 puntos): |  |  |
| B.4. Por el título de farmacéutico especialista (con un máximo de 2,5 puntos):  |  |  |
| Especialista en farmacia hospitalaria (2,5 puntos):   |  |  |
| Especialista en otros ámbitos (1 punto):  |  |  |
| Total B:  |  |  |

**C. Otros méritos. Puntuación máxima del apartado 20 puntos, por méritos generados hasta la fecha máxima de 7 de junio de 2010**

|  |  |  |
|--|--|--|
| C.1. Formación postgraduada:   |  |  |
| C.1.1. Por el curso de diplomado en sanidad y otras diplomaturas o títulos de especialistas universitarios en temas relacionados con la atención farmacéutica (0,5 puntos) |  |  |

|  |  |  |  |
|--|--|--|--|
| por diploma o título, con un máximo de 1,5 puntos):  |  |  |  |
| C.1.2. Por cursos de especialización, perfeccionamiento y formación continuada, relacionados con la atención farmacéutica (con un máximo de 7 puntos):   |  |  |  |
| -Acreditados por la Comisión de Formación Continuada, del sistema acreditador del SNS (0,05 puntos por créditos):  |  |  |  |
| -No acreditados por la CFC, pero organizados por la administración sanitaria, por la universidad, por la corporación farmacéutica y por instituciones o sociedades científicas (a partir de cursos de 6 horas o de 2 créditos) (0,004 puntos/hora de curso completo o 0,025 puntos/crédito de curso completo): |  |  |  |
| C.2. Experiencia docente:  |  |  |  |
| C.2.1. Por el ejercicio como tutor de prácticas tuteladas (0,05 puntos por mes, con un máximo de 1,5 puntos):  |  |  |  |
| C.2.2. Por la participación como docente, en materias relacionadas con la atención farmacéutica, en cursos de formación postgraduada (máximo 3 puntos):  |  |  |  |
| -Acreditados por la Comisión de Formación Continua (0,008 por hora):   |  |  |  |
| -No acreditados por la Comisión de Formación Continua, pero organizados por la administración sanitaria, por la universidad, por la corporación farmacéutica, por las instituciones o sociedades científicas (0,006 puntos por hora):  |  |  |  |
| C.3. Publicaciones y proyectos (puntuación máxima del apartado 2 puntos):  |  |  |  |
| C.3.1. Por libros publicados o trabajos científicos publicados en revistas especializadas relacionados con la atención farmacéutica (0,2 puntos si es autor y hasta el tercer puesto en el número de orden de autores):  |  |  |  |

|   |  |  |
|---|--|--|
| C.3.2. Por artículos publicados y aportaciones en reuniones científicas (0,1 puntos por trabajo o por aportación):                                |  |  |
| C.3.3. Por dirección de proyectos de investigación en temas relacionados con el medicamento y la atención farmacéutica (0,2 puntos por proyecto): |  |  |
| C.4. Por conocimiento oral y escrito de la lengua catalana (puntuación máxima del apartado 1 punto):  |  |  |
| -Nivel A (0,50 puntos):   |  |  |
| -Nivel B y superiores (1 punto):  |  |  |
| Total C:  |  |  |

|                                    |  |
|------------------------------------|--|
| RESULTADO TOTAL BAREMACIÓN (A+B+C) |  |
|------------------------------------|--|

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_ de 2024

[rúbrica]