Nafarroako Gobernua Gobierno de Navarra
Osasun Departamentua Departamento de Salud

Osasun arloko Herritartasunaren, Aseguramenduaren eta Bermeen Zerbitzua
Servicio de Ciudadanía Sanitaria, Aseguramiento y Garantías
Amaia 2A, 3. solairua • Amaya 2A, 3ª planta
31002 PAMPLONA/IRUÑA
Tel. 848 42 35 11
inspeccion.farmacia@navarra.es

COMUNICACIÓN DE ACTIVIDAD DE VENTA DIRECTA DE MEDICAMENTOS A PROFESIONALES VETERINARIOS

1. DATOS DE LA OFICINA DE FARMACIA SUMINISTRADORA

Titular/es	DNI

Nº farmacia	Correo electrónico

Dirección de la oficina de farmacia	Teléfono
Localidad	C.P.

2. DATOS DEL PROFESIONAL VETERINARIO Y DEL CENTRO

Identificación del profesional Veterinario que solicita los medicamentos	
Nombre y apellidos	DNI
Titulación profesional	Nº de Colegiado
Datos del Centro en el que ejerce el profesional[1]	
Nombre del centro	
Tipo de centro	
Datos de contacto	
Nombre y apellidos	
Dirección	
Localidad	C.P.
Correo electrónico	Teléfono

[1]Se debe presentar una comunicación de actividad por cada veterinario al que se suministren medicamentos

3. RELACIÓN DE MEDICAMENTOS Y CANTIDADES (adjuntar en anexo, si es necesario)

Código Nacional	Medicamento	Cantidad

4. DOCUMENTACION PRESENTADA (marque aquellos documentos aportados junto con esta comunicación)

☐	**Informe, firmado por el profesional veterinario, en el que se justifique la necesidad de disponer de los medicamentos solicitados. Este documento debe incluir:**
	• Información personal y profesional del veterinario, así como del centro donde ejerce. • Relación de medicamentos a solicitar, junto con su indicación. • Justificación clínica de la necesidad de disponer de dichos medicamentos. • Fecha y firma del profesional veterinario.
☐	**Modelo de hoja de solicitud de los medicamentos (en formato papel o electrónico) que debe incluir:**
	• Identificación personal y profesional del solicitante. • Identificación del centro donde ejerce el profesional veterinario (nombre, tipo de centro y datos de contacto). • Datos del medicamento y cantidad solicitada.
☐	**Modelo de albarán de entrega en el que deben figurar los siguientes datos:**
	• Identificación personal y profesional del solicitante. • Identificación del centro donde ejerce el profesional veterinario. • Datos del medicamento, incluyendo cantidad suministrada y lote. • Datos de la farmacia, fecha y firma.
☐	**PNT que describa la actividad de venta directa a profesionales veterinarios**
	En caso de no adjuntar el PNT a esta comunicación, se le recuerda que deberá estar a disposición de la inspección farmacéutica

En el caso de que el profesional veterinario solicite posteriormente nuevos medicamentos, no incluidos en esta comunicación, deberá hacer una nueva comunicación, adjuntando el informe de justificación correspondiente al nuevo medicamento.

Los datos personales aportados en esta solicitud serán incluidos en el Registro de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios, del Departamento de Salud del Gobierno de Navarra, de acuerdo a lo previsto en la Ley 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal.

En a de de 20

Firma(s) del Farmacéutico Titular/es