

ANEXO I

SOLICITUD DE APLICACIÓN DEL ÍNDICE CORRECTOR DE MÁRGENES DE LAS OFICINAS DE FARMACIA

D./D^a.....con DNI..... Farmacéutico
titular/cotitular/Regente de la oficina de farmacia nº.....situada en la siguiente
dirección..... municipio de
CP.....Provincia.....

SOLICITA

La aplicación de la escala de compensaciones correspondientes a la dispensación al público de medicamentos de uso humano fabricados industrialmente dispensados con cargo a fondos públicos recogida en el artículo 2.8 del Real Decreto 823/2008, de 16 de mayo, por el que se establecen los márgenes, deducciones y descuentos correspondientes a la distribución y dispensación de medicamentos de uso humano.

A tal efecto facilita los siguientes datos, se adjunta la siguiente documentación:

1.- Facturación de la oficina de farmacia

Ventas anuales totales en términos de PVP IVA del ejercicio económico del año anterior.....

Año al que se refieren los datos.....

2.- Características de la oficina de farmacia:

Municipio.....

Farmacia única en su municipio (SI/NO)

3.- Documentación que acompaña (Señalar con una X)

- Copia DNI/NIF del solicitante.
- Modelo 130 para la autoliquidación de los pagos fraccionados a cuenta del Impuesto sobre la Renta de Personas Físicas correspondiente al cuarto trimestre del ejercicio económico del año anterior.
- Acreditación relativa a la población del núcleo donde presta servicio.
- Otra documentación justificativa referente a ventas anuales totales.
- Otra documentación relativa a la consideración de núcleo de riesgo para disponer de la adecuada cobertura o acceso a la prestación farmacéutica.

4.- Declaraciones (Señalar con una X)

El solicitante declara que:

- La oficina de farmacia a la se refiere esta solicitud ha prestado sus servicios durante los doce meses del año natural anterior, excepción hecha del periodo de vacaciones.
- Ni la oficina de farmacia ni el/los titulares de la misma han sido objeto de sanción administrativa en el año anterior ni están excluidos de su concertación y que sus titulares no estén inhabilitados profesionalmente.
- Ha participado activamente en los programas de atención farmacéutica y en la realización del conjunto de actividades destinadas a la utilización racional de los medicamentos establecidos por la Administración Sanitaria de Aragón.

En _____, a _____ de _____ de _____

Firma del solicitante:

SR. DIRECTOR GERENTE DEL SERVICIO ARAGONÉS DE SALUD

Pza. Convivencia, 2

50017 - Zaragoza.

La gestión de esta información se ajustará a lo establecido en la Ley Orgánica 3/2018, de 5 de diciembre, de Protección de Datos Personales y garantía de los derechos digitales.