

REGISTRO SOLICITUD DE ADJUDICACIÓN DE CÓDIGO NACIONAL DE PARAFARMACIA SIN PUBLICACIÓN DE SUS DATOS.

D. _____, en nombre y representación, como representante legal de la empresa fabricante/importadora/distribuidora (*táchese lo que no proceda*) de _____ nombre o razón social:

Solicita la asignación de código nacional para los productos que a continuación se relacionan, si bien hace constar que dichos datos y código nacional asignado no deben ser publicados en la Base de Datos del CGCOF ni en el Catálogo de parafarmacia, hasta la posterior petición de la publicación de dichos datos en la Base de Datos del CGCOF y en el Catálogo de parafarmacia mediante escrito firmado por el representante de la empresa en el registro del CGCOF:

De acuerdo a lo anterior, se adjunta además al presente formulario un escrito, firmado por el representante de la Empresa solicitante, en el que se hace constar que no se desea la publicación de los datos en la base de datos del CGCOF ni en el Catálogo de parafarmacia, para el/los producto/s especificados.

Adjunto se acompaña asimismo, la documentación que a continuación se relaciona para la solicitud de la adjudicación de código nacional de parafarmacia para el/los producto/s que en documento adjunto a la presente solicitud se relacionan.

- Formulario de solicitud
- Formularios específicos
 - Dermofarmacia
 - Productos Alimenticios
 - Productos Sanitarios
 - Productos Sanitarios para diagnóstico "in vitro"
 - Cepillos dentales/Hilo dental y seda
 - Productos de puericultura
 - Biocidas
 - Plantas de uso tradicional
 - Otros productos de parafarmacia
- Material de acondicionamiento
- Certificados
 - Comunicación de puesta en mercado
 - Marcado CE
 - Producto Biocida
 - Análisis de Nitrosaminas y ftalatos (chupetes y tetinas de látex)
 - Ensayos de tracción (chupetes de látex)
- Formulario de abono de costes
- Documento bancario de ingreso (con certificación mecánica)

Fecha:



FORMULARIO PARA PRODUCTOS DE DERMOFARMACIA

Real Decreto 1599/1997, de 17 de octubre.

Denominación del producto:

Presentación / Presentaciones:

Nombre de Empresa/Laboratorio

Lista de ingredientes (utilizar denominaciones comunes internacionales) INCI
Señalar aquellos productos que figuren en los anexos de la vigente Reglamentación.
R.D. 1599/1997, de 17 de octubre.

SI INCLUYE FILTROS SOLARES-INDICAR MÉTODO DE EVALUACIÓN:

Función del Cosmético:

Modo de empleo:

Condiciones especiales:

Precauciones/Advertencias:

Caducidad:

Símbolo PAO:

Fecha:

Fdo.: Responsable de la Puesta en el Mercado

ADJUNTAR MATERIAL DE ACONDICIONAMIENTO Y
COMUNICACIÓN DE PUESTA EN EL MERCADO

FORMULARIO PARA PRODUCTOS ALIMENTICIOS

Real Decreto 1334/99

NOMBRE COMERCIAL:

Denominación de Venta:

Presentación / Presentaciones:

Empresa/Laboratorio:

Nº R.S.I.:

Definición e Indicaciones:

Ingredientes (por orden decreciente de sus masas), incluyendo ingredientes alergénicos R.D. 2220/04, de 26 de noviembre:

Etiquetado Nutricional (%CDR):

Uso en pacientes con intolerancia alimentaria:

Indique con una " x " la casilla correspondiente.

	SI	NO
Apto para celiaca		
Apto para personas con alergia o intolerancia a la leche		
Apto para personas con alergia o intolerancia al huevo		
Contiene una fuente de soja		
Contiene una fuente de fenilalanina		
Añadir otro tipo de posible intolerancia según alérgeno citado en el Anexo R.D. 2220/04 (Ac. salicílico, pescado, crustáceos, etc)		

Modo de empleo:

Condiciones especiales de uso y conservación:

Precauciones/Advertencias:

Caducidad:

Lote:

Fecha:

Fdo.: Responsable de la Puesta en el Mercado

ADJUNTAR MATERIAL DE ACONDICIONAMIENTO

FORMULARIO PARA PRODUCTOS SANITARIOS

Real Decreto 414/96

Denominación del producto:

Presentación / Presentaciones:

Nombre del Laboratorio/ Empresa:

Clasificación del producto:

Marcado CE: SI NO

ORGANISMO NOTIFICADO – Nº :

¿Es estéril?

Indicaciones Sanitarias:

Modo de empleo:

Materiales de fabricación:

Parámetros y ensayos que se realizan en el control de calidad:

Caducidad:

Fecha:

Fdo.: Responsable de la Puesta en el Mercado

**ADJUNTAR MATERIAL DE ACONDICIONAMIENTO
CERTIFICACIÓN DE MERCADO CE
COMUNICACIÓN DE PUESTA EN EL MERCADO**

FORMULARIO PARA PRODUCTOS SANITARIOS
para diagnóstico "in vitro"

Real Decreto 1662/2000

Denominación del producto:

Presentación / Presentaciones:

Nombre del Laboratorio/ Empresa:

Clasificación del producto:

Marcado CE: SI NO

ORGANISMO NOTIFICADO – Nº :

¿Es estéril?

Indicaciones Sanitarias:

Modo de empleo:

Materiales de fabricación:

Parámetros y ensayos que se realizan en el control de calidad:

Caducidad:

Fecha:

Fdo.: Responsable de la Puesta en el Mercado

**ADJUNTAR MATERIAL DE ACONDICIONAMIENTO Y
CERTIFICACIÓN DE MERCADO CE Y
COMUNICACIÓN DE PUESTA EN EL MERCADO**

FORMULARIO PARA CEPILLOS DENTALES / HILO DENTAL Y SEDA

Nombre del producto:

Empresa responsable de la comercialización:

Tipo de Cepillo

Tamaño

Normal:

Muy Grande

Interdental:

Grande:

Eléctrico:

Medio:

Dentadura Postiza:

Pequeño:

Ortodóncico:

Infantil:

Otros:

Forma de la Cabeza:

Material de las fibras y/o hilo o seda dental:

Número de filas y/o filamentos:

Número de Penachos por fila:

Dureza: Suave Medio Duro

Características particulares:

HILO DENTAL/ SEDA: Con cera Sin cera Longitud:

Fecha:

Fdo: Responsable de la Puesta en el Mercado

ADJUNTAR MATERIAL DE ACONDICIONAMIENTO DEL PRODUCTO

**FORMULARIO PARA PRODUCTOS DE PUERICULTURA
(Chupetes, cadenitas, biberones, tetinas...)**

Denominación del producto:

Presentación / Presentaciones:

Nombre de Empresa/Laboratorio

ETIQUETADO:

• **Razón social:**

• **Modo de empleo:**

• **Precauciones/Advertencias:**

• **Símbolos:**

• **Lote de fabricación - Caducidad**

Adjuntar certificados de análisis para:

Chupetes de latex : - Ensayos de Nitrosaminas y Ftalatos
- Ensayos de tracción

Tetinas de latex: Ensayos de Nitrosaminas y Ftalatos

Cadenitas: longitud (indicar):

Fecha:

Fdo.: Responsable de la Puesta en el Mercado

ADJUNTAR MATERIAL DE ACONDICIONAMIENTO DEL PRODUCTO

FORMULARIO PARA BIOCIDAS

Denominación del producto:

Presentación/Presentaciones:

Ingredientes:

Función del producto:

Modo de empleo:

Condiciones especiales:

Caducidad:

Número de Autorización D.G.F. y P.S.:

Número de Licencia Sanitaria de la Empresa:

Fecha:

Fdo.: Responsable de la Puesta en el Mercado:

**ADJUNTAR MATERIAL DE ACONDICIONAMIENTO Y
CERTIFICADO DE AUTORIZACIÓN DE PRODUCTO BIOCIDA**

FORMULARIO PARA PLANTAS DE USO TRADICIONAL

NOMBRE COMERCIAL:

Denominación de Venta:

Presentación / Presentaciones:

Empresa/Laboratorio:

N° R.S.I:

N° Registro P.M. de Empresa:

Definición e Indicaciones:

Composición

Etiquetado Nutricional :

Modo de empleo:

Condiciones especiales de uso y conservación:

Precauciones / Advertencias:

Caducidad:

Lote:

Fecha:

Fdo.: Responsable de la Puesta en el Mercado

ADJUNTAR MATERIAL DE ACONDICIONAMIENTO

FORMULARIO PARA PRODUCTOS DE PARAFARMACIA

Real Decreto 44/96 de Seguridad general de los productos puestos a disposición de los consumidores.

Denominación del producto:

Presentación / Presentaciones:

Nombre de la Empresa:

Clasificación del producto:

Indicaciones Sanitarias:

Modo de empleo:

Advertencias /precaución en el empleo: (si procede)

Materiales de fabricación:

Caducidad (si procede):

Fecha:

Fdo.: Responsable de la Puesta en el Mercado

ADJUNTAR MATERIAL DE ACONDICIONAMIENTO

FORMULARIO PARA EL ABONO DE COSTES DE ADJUDICACIÓN DE CÓDIGO NACIONAL DE PARAFARMACIA

Denominación del producto para el que se solicita adjudicación de código:

Concepto	Estudio	+ Coste unitario	x Número de productos	= Coste total
Adjudicación de un código nacional a un nuevo producto	100 €	50 €		
Adjudicación de uno o varios códigos nacionales de un mismo producto, en solicitud realizada <i>en la misma fecha</i> , para variaciones en razón de tamaño, talla, color, etc	-	50 €		
Adjudicación de uno o varios códigos nacionales para un mismo producto, en solicitud realizada <i>en fecha anterior (no superior a dos años)</i> , para variaciones en razón de tamaño, talla, color, etc.	-	50 €		
Adjudicación de uno o varios códigos nacionales para un mismo producto, en solicitud realizada <i>en fecha anterior superior a dos años</i> , para variaciones en razón de tamaño, talla, color, etc.	100 €	50 €		
TOTAL				

CUENTA DE INGRESO (CÓDIGO DE CUENTA CORRIENTE)

BANCO		SUCURSAL	D.C.	Nº DE CUENTA															
0	0	8	1	0	5	7	2	3	5	0	0	0	1	6	2	0	0	6	3
IBAN*	ES39	0081 0572 35 0001620063																	
BIC*	BSAB	ESBB																	

* Para operaciones internacionales.

Entidad: **Banco Sabadell Atlántico**

En caso de denegarse la concesión de código nacional, el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, mediante transferencia bancaria, devolverá a la empresa solicitante la cantidad previamente satisfecha, exceptuando el importe correspondiente al estudio del expediente.

Datos necesarios de la empresa para la emisión de factura																			
Razón social:																			
Dirección:																			
NIF / CIF:																			
DATOS BANCARIOS CUENTA CORRIENTE DE LA EMPRESA																			
Entidad			Sucursal			D	C	Número de cuenta											
IBAN*																			
BIC*																			
**Persona de contacto:																			
Teléfono:										Fax:									
E-mail:																			

*** Para operaciones internacionales.**

Una vez adjudicado/revalidado el/los código/s nacional/es, el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos emitirá la correspondiente factura, según los datos arriba facilitados por la empresa.

** A los efectos de la Ley Orgánica 15/99, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y disposiciones de desarrollo, se le informa sobre el tratamiento de los datos de carácter personal recabados a través del presente formulario como representante legal de su empresa y/o laboratorio, con el fin de que Vd. puede ejercitar los derechos que le corresponden. Queda informado de forma inequívoca y precisa y autoriza expresamente al Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos a mantener y tratar en Fichero de su responsabilidad, los anteriores datos con la finalidad de gestionar la solicitud de adjudicación y asignación de Código Nacional de Parafarmacia a los productos para los que Vd. solicita dicho Código Nacional, así como incorporar la información relativa a los productos para los que se solicita Código Nacional en las bases de datos y publicaciones del Consejo General. Los datos solicitados son de carácter obligatorio y su no cumplimentación supone la imposibilidad de su inclusión en dicho fichero y la imposibilidad de tratar los datos para las finalidades descritas y, por tanto, la imposibilidad de tramitar la adjudicación de Código Nacional solicitado. Asimismo se hace expresa mención de que el Consejo es el destinatario final de dichos datos y es quien decide sobre la finalidad, contenido y uso del tratamiento de los datos de carácter personal que le sean facilitados. Asimismo se le informa de que la firma del presente formulario supondrá la prestación del consentimiento para el Consejo pueda incluir dichos datos en publicaciones y bases de datos del Consejo General y evacuar consultas a la Administración e informar a los Colegios Profesionales de Farmacéuticos. Se tratarán los datos personales para el cumplimiento de las finalidades descritas anteriormente, respetando en todo caso la legislación vigente.

Se le informa de que el consentimiento otorgado es revocable y podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, oposición y, en su caso, cancelación, en los términos previstos por la legislación vigente, dirigiéndose por escrito a la sede de este Consejo General, C/. Villanueva, 11 planta 7ª 28001 de Madrid. El Consejo General se compromete a la utilización de los datos incluidos en el fichero, de acuerdo con su finalidad y respetando su confidencialidad",

FORMULARIO PARA EL ABONO DE COSTES DE REVALIDACIÓN/MODIFICACIÓN DE CÓDIGO NACIONAL DE PARAFARMACIA

Denominación del producto para el que se solicita revalidación o modificación de código:

Concepto		Estudio	+ Coste unitario	x Número de productos	= Coste total
Revalidación/modificación de un producto sometido a cambios mayores (1)	N	100 €	50 €		
Revalidación/modificación de un producto sometido a cambios menores (2)	A	-	50 €		
Revalidación de un producto sin cambios	A	-	50 €		
TOTAL					

N= Se asignará un nuevo Código Nacional
A= Se conservará el Código Nacional Antiguo

RENOVACIÓN/MODIFICACIÓN (TIPO DE CAMBIO)	Señale con una "X" lo que proceda
Cambios mayores (1)	
Cambio de la denominación comercial del producto	<input type="checkbox"/>
Cambio de composición que afecte a la función del producto	<input type="checkbox"/>
Tamaño (si sobrepasa el 40% del original)	<input type="checkbox"/>
Olor (en colonias y perfumes)	<input type="checkbox"/>
Cambios menores (2)	
Cambio de la descripción del producto (variaciones semánticas)	<input type="checkbox"/>
Cambio de composición que no altere a la función del producto	<input type="checkbox"/>
Tamaño (siempre que no sobrepase el 40% del original)	<input type="checkbox"/>
Color, sabor y olor (salvo en colonias y perfumes)	<input type="checkbox"/>
Empresa comercializadora	<input type="checkbox"/>
Otros cambios: (descripción).....	<input type="checkbox"/>

CUENTA DE INGRESO (CÓDIGO DE CUENTA CORRIENTE)

BANCO		SUCURSAL			D.C.	Nº DE CUENTA													
0	0	8	1	0	5	7	2	3	5	0	0	0	1	6	2	0	0	6	3
IBAN*	ES39	0081 0572 35 0001620063																	
BIC*	BSAB	ESBB																	

* Para operaciones internacionales.

Entidad: **Banco Sabadell Atlántico**

En caso de denegarse la concesión de código nacional, el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos, mediante transferencia bancaria, devolverá a la empresa solicitante la cantidad previamente satisfecha, exceptuando el importe correspondiente al estudio del expediente.

Datos necesarios de la empresa para la emisión de factura																						
Razón social:																						
Dirección:																						
NIF / CIF:																						
DATOS BANCARIOS CUENTA CORRIENTE DE LA EMPRESA																						
Entidad				Sucursal				D	C	Número de cuenta												
IBAN*																						
BIC*																						
**Persona de contacto:																						
Teléfono:												Fax:										
E-mail:																						

* **Para operaciones internacionales.**

Una vez adjudicado/revalidado el/los código/s nacional/es, el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos emitirá la correspondiente factura, según los datos arriba facilitados por la empresa.

** A los efectos de la Ley Orgánica 15/99, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal y disposiciones de desarrollo, se le informa sobre el tratamiento de los datos de carácter personal recabados a través del presente formulario como representante legal de su empresa y/o laboratorio, con el fin de que Vd. puede ejercitar los derechos que le corresponden. Queda informado de forma inequívoca y precisa y autoriza expresamente al Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos a mantener y tratar en Fichero de su responsabilidad, los anteriores datos con la finalidad de gestionar la solicitud de adjudicación y asignación de Código Nacional de Parafarmacia a los productos para los que Vd. solicita dicho Código Nacional, así como incorporar la información relativa a los productos para los que se solicita Código Nacional en las bases de datos y publicaciones del Consejo General. Los datos solicitados son de carácter obligatorio y su no cumplimentación supone la imposibilidad de su inclusión en dicho fichero y la imposibilidad de tratar los datos para las finalidades descritas y, por tanto, la imposibilidad de tramitar la adjudicación de Código Nacional solicitado. Asimismo se hace expresa mención de que el Consejo es el destinatario final de dichos datos y es quien decide sobre la finalidad, contenido y uso del tratamiento de los datos de carácter personal que le sean facilitados. Asimismo se le informa de que la firma del presente formulario supondrá la prestación del consentimiento para el Consejo pueda incluir dichos datos en publicaciones y bases de datos del Consejo General y evacuar consultas a la Administración e informar a los Colegios Profesionales de Farmacéuticos. Se tratarán los datos personales para el cumplimiento de las finalidades descritas anteriormente, respetando en todo caso la legislación vigente.

Se le informa de que el consentimiento otorgado es revocable y podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, oposición y, en su caso, cancelación, en los términos previstos por la legislación vigente, dirigiéndose por escrito a la sede de este Consejo General, C/. Villanueva, 11 planta 7ª 28001 de Madrid. El Consejo General se compromete a la utilización de los datos incluidos en el fichero, de acuerdo con su finalidad y respetando su confidencialidad",