

COMUNICACIÓN DE PUESTA EN EL MERCADO DE PRODUCTOS ALIMENTICIOS DESTINADOS A UNA ALIMENTACIÓN ESPECIAL

EXPEDIENTE: _____
(Reservado Administración)

Seleccione el motivo de su COMUNICACIÓN y a continuación rellene los epígrafes correspondientes	
<p>A. <input type="checkbox"/> 1ª PUESTA EN EL MERCADO</p> <p>B. <input type="checkbox"/> CESE DE LA COMERCIALIZACION</p>	<p>C. MODIFICACIONES:</p> <p><input type="checkbox"/> CAMBIO EMPRESA RESPONSABLE DE COMERCIALIZACIÓN</p> <p><input type="checkbox"/> CAMBIO ETIQUETADO</p> <p><input type="checkbox"/> OTRAS MODIFICACIONES</p>
<p><input type="checkbox"/> El solicitante declara su intención de optar a la solicitud de inclusión del producto en la oferta de productos dietéticos del Sistema Nacional de Salud ⁽¹⁾</p>	

EMPRESA RESPONSABLE DE LA COMERCIALIZACIÓN DEL PRODUCTO	Nombre/Razón Social del Titular:		N.I.F.:
	Denominación comercial:		Nº RGSEAA ⁽²⁾
	Domicilio social:		Código postal:
	Provincia:	Municipio:	Localidad:
	Correo electrónico *:		Teléfono/s:

***La inclusión del correo electrónico permitirá a la Administración notificarle los actos o resoluciones por el sistema de "notificación por comparecencia electrónica".**

La notificación por comparecencia electrónica permite al interesado acceder electrónicamente al contenido del acto o resolución, previa visualización por el interesado de un aviso que se le remitirá a su correo electrónico. En el caso de que el interesado no acceda a la notificación por comparecencia electrónica en el plazo de 10 días naturales, la Administración procederá a realizar la notificación por correo ordinario, de acuerdo con lo establecido en el artículo 59 de la Ley 30/1992, de 26 de noviembre, de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común.

DATOS DEL REPRESENTANTE	Nombre:	1º Apellido:	2º Apellido:
	Título de representación:		D.N.I./N.I.E./Pasaporte

A. DATOS DEL PRODUCTO PARA SU COMERCIALIZACION EN ESPAÑA

DENOMINACIÓN DE VENTA ⁽³⁾ :
NOMBRE COMERCIAL DEL PRODUCTO ⁽⁴⁾ :
FORMA DE PRESENTACIÓN Y TIPO DE ENVASE ⁽⁵⁾ :
<p>MARQUE LA OPCIÓN QUE PROCEDA CON RESPECTO A LA COMERCIALIZACIÓN DEL PRODUCTO EN LA UNIÓN EUROPEA</p> <p>1. ¿Es la primera comercialización en la Unión Europea? <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO</p> <p>2. En el caso de la segunda comercialización ¿en qué otros países se comercializa? ⁽⁶⁾</p> <p>3. País de la Unión Europea donde tuvo lugar la primera comunicación ⁽⁷⁾</p> <p>MARQUE LA OPCIÓN QUE CORRESPONDA CON RESPECTO A SU COMPOSICIÓN</p> <p>1. ¿La composición del producto se ajusta al Real Decreto 2685/1976? ⁽⁸⁾ <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO</p> <p>2. En el caso de productos para usos médicos especiales; ¿La composición del producto se ajusta a lo establecido en el anexo del Real Decreto 1091/2000? ⁽⁹⁾ <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO</p> <p>3.- En el caso de preparados para lactantes; ¿el producto se ajusta en su composición a lo dispuesto en el Real Decreto 867/2008? ⁽¹⁰⁾ <input type="checkbox"/> SI / <input type="checkbox"/> NO</p>

B. CESE DE LA COMERCIALIZACIÓN

NOMBRE COMERCIAL DEL PRODUCTO QUE CONSTA EN AECOSAN:	Nº identificación PRODUCTO ⁽¹¹⁾
--	--

C. MODIFICACIONES

C-1 CAMBIO EMPRESA RESPONSABLE DE LA COMERCIALIZACIÓN⁽¹²⁾	
RAZÓN SOCIAL DE LA ANTERIOR EMPRESA:	Nº RGSEAA ⁽²⁾
NOMBRE COMERCIAL DEL PRODUCTO QUE CONSTA EN AECOSAN:	Nº identificación PRODUCTO ⁽¹¹⁾
C-2 CAMBIO DE ETIQUETA ⁽¹³⁾ - Indique el motivo de cambio de etiqueta	Nº identificación PRODUCTO ⁽¹¹⁾
<input type="checkbox"/> NUEVO NOMBRE COMERCIAL. > Indíquese en este caso: o nuevo nombre comercial: o anterior nombre comercial: <input type="checkbox"/> NUEVA COMPOSICIÓN <input type="checkbox"/> OTROS. Indíquese el motivo/s:	
C-3 OTRAS MODIFICACIONES. Descripción: (Indíquese el motivo de la modificación y adjunte documentación justificativa)	

DOCUMENTACIÓN QUE ACOMPAÑA A LA PRESENTE COMUNICACIÓN

<p>Documento acreditativo del NIF del operador responsable de la comercialización del producto En caso de no presentar copia de D.N.I. o N.I.E.:</p> <p>Si <input type="checkbox"/> autorizo a la Administración de la Comunidad de Castilla y León para obtener directamente y/o por medios telemáticos la comprobación de los datos e identidad personal.</p>
<input type="checkbox"/> Documentación acreditativa de la representación, en su caso.
<input type="checkbox"/> Documento justificativo del cambio de empresa responsable de la comercialización, en su caso.
<input type="checkbox"/> ETIQUETAS ORIGINALES ⁽¹⁴⁾
<input type="checkbox"/> FOLLETOS O PROSPECTOS que acompañan al producto
<input type="checkbox"/> JUSTIFICANTE PAGO TASAS ⁽¹⁵⁾
<input type="checkbox"/> Otra:

Documentación justificativa que obra en poder de la Administración autonómica desde hace menos de cinco años (excepto DNI o NIE):

Documento	Nº identificación del expediente, archivo o dirección electrónica que lo contiene.

RESPONSABILIDADES

1. El responsable o su representante declara, bajo su responsabilidad, la exactitud de los datos reseñados en el presente formulario, conforme a lo establecido en la legislación vigente ⁽¹⁶⁾
2. La inexactitud, falsedad u omisión, de carácter esencial, en cualquier dato, manifestación o documento que se acompañe, o la no presentación ante la Administración competente de la comunicación previa, determinará la imposibilidad de continuar con el ejercicio del derecho o actividad afectada desde el momento en que se tenga constancia de tales hechos, sin perjuicio de las responsabilidades penales, civiles o administrativas a que hubiera lugar.
3. Esta comunicación de puesta en el mercado no excluye la plena responsabilidad del operador económico respecto del cumplimiento de la legislación que le sea de aplicación.

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

El representante/responsable

Fdo.:

De conformidad con lo establecido en el artículo 5 de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, se informa a los interesados que los datos aportados en este formulario serán incorporados a un fichero para su tratamiento automatizado, y que podrá ejercer los derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, previstos por la Ley, mediante escrito dirigido a la CONSEJERÍA DE SANIDAD – DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA, Paseo Zorrilla, nº 1, 47007 Valladolid, utilizando al efecto los modelos normalizados mediante Orden PAT/175/2003.

Para cualquier consulta relacionada con la materia o sugerencia para mejorar este formulario electrónico, puede dirigirse al teléfono de información administrativa 012

ILMO. SR. DIRECTOR GENERAL DE SALUD PÚBLICA