

DOCUMENTO DE ADHESIÓN A CISMED Y CONSENTIMIENTO INFORMADO

El/los abajo firmante/s, D/D^a con DNI
y D/D^a, con DNI titular/es de
la Oficina de Farmacia nº sita en callede.....
provincia de, mediante el presente documento manifiesta/n
expresamente su consentimiento para:

- 1) Participar y suministrar información al CENTRO DE INFORMACIÓN SOBRE EL SUMINISTRO DE MEDICAMENTOS (en adelante, CISMED), creado por el Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos de España, de los datos de Códigos Nacionales y número de unidades de los medicamentos que no les hubieran podido ser suministrados por las entidades de distribución de medicamentos.

La información sobre los referidos datos se facilitará al CISMED, a través de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos, que de forma voluntaria deseen colaborar y tiene por finalidad detectar en tiempo real situaciones generalizadas de comercialización o suministro irregular y/o inadecuado abastecimiento de medicamentos a partir de la información comunicada directamente por las farmacias adheridas voluntariamente al CISMED y determinar su alcance.

La comunicación de la información se realiza a través de los sistemas de gestión de pedidos de las farmacias en los que están previamente configuradas las entidades de distribución de medicamentos que les sirven. Los Colegios actúan, a estos efectos, como un almacén mayorista más, en concreto como el último almacén mayorista, recibiendo la información de los pedidos de las farmacias ubicadas en su ámbito provincial, cuando éstos no hayan sido atendidos por las entidades de distribución de medicamentos correspondientes.

La información recibida por los Colegios se comunica al Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos para su consolidación y tratamiento. En aquellos Colegios cuya infraestructura informática no sea suficiente para instalar la aplicación de recepción de la información enviada por las farmacias, el Consejo General podrá instalar la aplicación en un servidor propio.

CISMED es responsable de gestionar y consolidar a nivel nacional la información comunicada de forma voluntaria por las distintas farmacias al Colegio de su respectivo ámbito provincial, con objeto de:

- § Poner a disposición de los Colegios Oficiales de Farmacéuticos la información actualizada de los medicamentos con comercialización o suministro irregular y/o inadecuado abastecimiento y, en concreto, con la periodicidad y formato que se determine, la información correspondiente a su ámbito de actuación, a su CCAA y al resto de España.

- § Poner a disposición de los Consejos Autonómicos la información actualizada de los medicamentos con suministro irregular y/o inadecuado abastecimiento y, en concreto, con la periodicidad y formato que se determine, la información correspondiente a su CCAA y al resto de España.
 - § Poner a disposición de la Administración Sanitaria estatal, Administraciones sanitarias de las Comunidades Autónomas, INGESA, MUFACE, ISFAS y MUGEJU la información actualizada de los medicamentos con suministro irregular y/o inadecuado abastecimiento a las farmacias a nivel provincial, autonómico y nacional.
- 2) Recabar y tratar en un fichero de la responsabilidad respectivamente del Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos y del Colegio Oficial de Farmacéuticos de (*provincia*) de los datos de carácter personal que se solicitan y recaban a través del presente formulario, con la finalidad de participar en CISMED.

El abajo firmante ha sido informado de forma precisa e inequívoca de que los datos de carácter personal que se recaban a través del presente documento de consentimiento informado son facultativos, si bien, si no los facilita no podrá participar en CISMED.

Asimismo declara haber sido informado de que el consentimiento otorgado es revocable y que podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, de conformidad con lo dispuesto en la legislación vigente en materia de protección de datos, dirigiéndose al Colegio Oficial de Farmacéuticos mediante escrito dirigido al Presidente mediante correo electrónico a cofib@cofib.es y al Consejo General de Colegios Oficiales de Farmacéuticos por escrito, calle de Villanueva, núm. 11 de Madrid, CP 28001, o mediante correo electrónico remitido a congral@redfarma.org

Y en prueba e conformidad y aceptación, firma el presente documento de consentimiento informado en....., a de..... de

Fdo. D/D^a

Fdo. D/D^a