

- Minuta de **Requerimento para cancelamento do registo de local de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM)**

Exmo. Senhor

Secretário Regional de Saúde e Proteção Civil

(Entidade Titular - Nome em caso de pessoa singular⁽¹⁾/Denominação da sociedade conforme consta no registo comercial⁽²⁾) _____, **BI/CC⁽¹⁾** n.º _____, emitido em _____, pelo arquivo de identificação de _____, validade _____, **NIF⁽¹⁾/NIPC⁽²⁾** _____, matriculada na Conservatória do Registo Comercial de _____, com o código de acesso à certidão permanente n.º _____, com **domicílio⁽¹⁾/sede social⁽²⁾** sita em **(endereço completo e código postal)** _____, concelho de _____, distrito de _____, endereço eletrónico _____@_____, telefone n.º _____, telemóvel n.º _____, fax n.º _____, cujos **gerentes/administradores** são **(identificar todos os indivíduos que obrigam a sociedade)** **Nome(s)** _____, **BI/CC** n.º _____, emitido em _____, pelo arquivo de identificação de _____, validade _____, NIF _____, aqui representada por _____, na qualidade de **(quem obriga a sociedade/procurador/outra)** _____, NIF _____, titular do local de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) com a designação _____, registo n.º _____, no(a) _____, com instalações sitas em **(endereço completo e código postal)** _____, freguesia de _____, concelho de _____, Região Autónoma da Madeira, endereço eletrónico _____@_____, telefone n.º _____, telemóvel n.º _____, que tem como responsável técnico(a) **o farmacêutico(a) / técnico(a) de farmácia** _____, com a **carteira profissional / cédula profissional** n.º _____, emitida pela _____, vem nos termos da Portaria n.º 128/2006, de 20 de outubro, requerer a V. Exa. o cancelamento do registo do local de venda de medicamentos não sujeitos a receita medica (MNSRM) supra identificado, com encerramento definitivo a partir de **(indicar data)** _____.

Junto se anexa a listagem comprovativa da inexistência em stock de medicamentos não sujeitos a receita médica, guia de devoluções dos medicamentos, ou motivo justificativo para a não devolução.

Pede deferimento

_____, ____ de _____ de 20__

(Assinatura (s), de quem obriga no caso de sociedade, conforme BI/CC)