

- Minuta de **Requerimento para o cancelamento de funções de profissional afecto a 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 _____, 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 _____, aqui representada por (**no caso de sociedade**) _____, na qualidade de (**quem obriga a sociedade**) _____, NIF _____, vem nos termos da Portaria n.º 128/2006, de 20 de outubro, requerer a V. Exa. o cancelamento no registo do profissional (**nome do profissional afecto ao local de venda de MNSRM**) _____, como profissional afecto ao local de venda de MNSRM, com efeitos a partir de (**indicar a data**) _____.

Pede deferimento

_____, ____ de _____ de 20____

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

Junto se anexam os seguintes documentos:

- Documento comprovativo do pagamento da taxa estipulada pelo artigo 11.º da Portaria n.º 128/2006, de 20 de outubro, no valor de €100 por cada alteração.

- Minuta de **Requerimento para o averbamento de funções de profissional afecto a 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 _____, 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 _____, aqui representada por (**no caso de sociedade**) _____, na qualidade de (**quem obriga a sociedade**) _____, NIF _____, 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 averbamento no registo do(s) profissional(ais) afeto(s) ao local de venda de MNSRM a seguir identificado(s), com efeitos a partir de (**indicar a data**) _____:

Nome:

Naturalidade:

Morada:

Localidade:

Freguesia:

Concelho:

Código Postal:

Habilitação profissional:

Registo Infarmed (se aplicável) n.º:

Carteira profissional ou cédula profissional:

Bilhete de Identidade / Cartão de Cidadão n.º Emitido em: _____, Arquivo:

Indicar, especificamente, a formação adequada às funções (se aplicável):

Pede deferimento

_____, _____ de _____ de 20____

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

Junto se anexam os seguintes documentos:

- Documento comprovativo do pagamento da taxa estipulada pelo artigo 11.º da Portaria n.º 128/2006, de 20 de outubro, no valor de €100 por cada alteração.