

DECLARAÇÃO DE INCOMPATIBILIDADE (2)

Nome: _____

Tipo do Bilhete de Identidade de Residente da RAEM:

Bilhete de Identidade de Residente Permanente n.º: _____

Bilhete de Identidade de Residente Não Permanente n.º: _____

N.º. Licença de Farmacêutico emitida pelos Serviços de Saúde: _____

Venho, por este meio, declarar que não exerço qualquer actividade de prestação de cuidados de saúde, designadamente, a profissão médica e correlativas, não me encontrando, assim, abrangido por qualquer incompatibilidade com o exercício da profissão de farmacêutico da farmácia.

Assinatura do declarante: _____

Data: _____

(A presente declaração deve ser feita pelo farmacêutico. A presente declaração pode ser fotocopiada, de acordo com as necessidades reais.)