



澳門特別行政區政府
Governho da Região Administrativa Especial de Macau
衛生局
Serviços de Saúde

非固定資助
申請表
Requerimento de
subsídio variável
CAPO 01

2020年3月27日衛生局
Serviços de Saúde, 27 de Março de 2020

一、社團資料 Informações da Associação			
名稱 Designação			
地址 Endereço			
聯絡人 Pessoa de Contacto	聯絡電話 N.º de Contacto	圖文傳真 N.º de Fax	
電郵地址 Endereço de email			
會員組成 Composição dos membros	<input type="checkbox"/> 醫療專業人員(只限本澳) Profissional de saúde (apenas de Macau) <input type="checkbox"/> 醫療專業人員(包括本澳及其他地區) Profissional de saúde (de Macau e de outras regiões) <input type="checkbox"/> 包括其他非醫療專業人員，佔會員總人員____% Inclui outros não profissionais de saúde, sendo os mesmos em número inferior a ____% do total dos membros <input type="checkbox"/> 其他，請註明 Outros, é favor indicar _____ 會員總人數 Número total dos membros : <input type="checkbox"/> <100 <input type="checkbox"/> 100-499 <input type="checkbox"/> 500-1000 <input type="checkbox"/> >1000		
二、申請資助項目資料 Informações sobre o projecto com pedido de subsídio			
類型 Tipo	<input type="checkbox"/> 舉辦會議/研討會/講座 Realização de reunião/seminário/palestra <input type="checkbox"/> 舉辦培訓/工作坊 Realização de formação/Workshop <input type="checkbox"/> 舉辦健康推廣活動 Promoção da saúde <input type="checkbox"/> 往外地參加會議 Participação em reunião fora de Macau <input type="checkbox"/> 其它，請註明 Outros, é favor indicar _____		
名稱 Nome			
地點 Local		日期 Data	
參與對象 Destinatários		人數 N.º de participantes	
主辦/合辦/協辦機構 Entidade organizadora/co-organizadora/colaboradora			
請列出舉辦/參與活動的目的及預期成效。Indique o objectivo e a eficácia prevista da actividade a organizar / participar.			
如屬舉辦/參加會議的項目，申請機構成員有否作學術報告/演講？Caso seja um projecto de realização/participação em reunião, algum dos membros da entidade requerente fará o relatório académico/apresentação? <input type="checkbox"/> 如有，請註明講者姓名及演講題目 Caso afirmativo, indique o nome do orador e o tema da apresentação _____ <input type="checkbox"/> 沒有 Não			



澳門特別行政區政府
 Governo da Região Administrativa Especial de Macau
 衛生局
 Serviços de Saúde

非固定資助
 申請表
 Requerimento de
 subsídio variável
 CAPO 01

2020年3月27日衛生局
 Serviços de Saúde, 27 de Março de 2020

三、財務預算 Orçamento financeiro			
收入預算（以澳門元計算） Receita prevista (em patacas)			
活動總經費 Fundo para a actividade		向衛生局申請資助金額 Valor do subsídio pedido aos Serviços de Saúde	
(a)其他資助 Outros subsídios			(b)其他收入 Outras receitas
機構 Entidade	申請金額 Valor do pedido	已獲批准 Valor aprovado	1
1		<input type="checkbox"/> 是，金額_____ <input type="checkbox"/> 否 Sim, valor Não	2
2		<input type="checkbox"/> 是，金額_____ <input type="checkbox"/> 否 Sim, valor Não	3
3		<input type="checkbox"/> 是，金額_____ <input type="checkbox"/> 否 Sim, valor Não	4
支出預算（以澳門元計算） Despesas previstas (em patacas)			
項目 Itens			金額 Valor
1			
2			
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			



澳門特別行政區政府
Governho da Região Administrativa Especial de Macau
衛生局
Serviços de Saúde

非固定資助
申請表
Requerimento de
subsídio variável
CAPO 01

2020年3月27日衛生局
Serviços de Saúde, 27 de Março de 2020

四、需附同資料 **Informações em anexo**

- 活動/會議/研討會的程序表 Programa da actividade/reunião/seminário
- 活動/會議/研討會的講者/導師/嘉賓資料 Informações do orador/orientador/convidados na actividade/reunião/seminário
- 活動詳細計劃 Projecto detalhado da actividade
- 財務預算明細 Orçamento financeiro detalhado
- 社團簡介及註冊資料（已提交者除外）Breve apresentação da associação e informação sobre o registo da mesma (excepto se entregue anteriormente)
- 社團領導架構名單/更新名單 Lista /Lista actualizada da estrutura de dirigentes da associação
- 外出參加者名單、服務單位（如適用）Lista de participantes da actividade realizada no exterior, na unidade de serviço (se aplicável)
- 其它，請註明 Outros, indique _____

五、責任聲明 **Declaração de responsabilidade**

茲聲明：

1. 申請人已知悉和明白衛生局制定的醫療組織/社團資助申請指引的文件（詳情請參閱衛生局網頁），以及符合本申請目的所制定的規範內容，並願意遵守和履行有關的義務；
2. 本申請表所填寫的內容及所提供的文件均屬真確，如有任何不實或欺詐之情況，本人及機構願意將獲批給的款項全數退回衛生局，並承擔法律責任。

Declara-se que:

1. O outorgante tem conhecimento e compreende os documentos elaborados pelos Serviços de Saúde destinados à formulação do pedido de apoio de subsídio, apresentado por organizações / associações de saúde (é favor consultar informações pormenorizadas no sítio electrónico dos Serviços de Saúde), estando o objectivo do presente pedido em conformidade com o conteúdo do regulamento, e manifesta a sua vontade de obedecer e cumprir os respectivos deveres;
2. É verdadeiro o conteúdo do presente requerimento e os documentos fornecidos. O outorgante/entidade requerente concorda com a devolução do subsídio concedido pelos Serviços de Saúde na totalidade, assumindo as responsabilidades legais, em caso de qualquer situação de inexactidão das informações referidas ou fraude.

日期 **Data**

負責人簽署及蓋印

Assinatura do responsável da entidade e carimbo

姓名 **Nome** :

註：如有需要，可用白紙補充各項內容。

Nota: Caso necessário, pode usar um papel branco para completar o preenchimento dos dados.