

FC-10 Requerimento de prorrogação do prazo para instalação de Farmácia chinesa

A presento aos Serviços de Saúde os seguintes dados e documentos para requerer a prorrogação do prazo destinado à instalação de Farmácia chinesa:

I. Dados da Farmácia chinesa:

1. Nome da Farmácia chinesa:

Em Chinês _____

Em Português _____

N.º de licença (caso tenha) _____

2. Endereço da Farmácia chinesa:

Em Chinês _____

Em Português _____

3. Razão para a instalação de Farmácia chinesa (é favor assinalar com “✓”):

- Pedido para novo licenciamento
- Pedido para mudança
- Pedido para alteração de instalações

4. Razões justificadas de prorrogação do prazo: _____

5. Prazo pretendido para a prorrogação: _____

Assinatura de requerente: _____

II. Documentos a entregar:

Para uma execução favorável do procedimento do requerimento e minimização do atraso, o requerente deve entregar todos os documentos necessários e assinalar com “✓” no quadrado relativo à entrega de documentos:

1. Requerimento de prorrogação do prazo para a instalação de Farmácia chinesa, devidamente preenchido ⁽¹⁾;
2. Documento(s) comprovativo(s) para a prorrogação do prazo (se aplicável).

Declaração de Recolha de Dados Pessoais

- 1) Todos os dados e informações apresentados por V. Exa. para este requerimento serão usados apenas para finalidade do vosso requerimento e devido registo. Assim, os respectivos dados serão tratados pelo Departamento dos Assuntos Farmacêuticos de acordo com o Decreto-Lei n.º 53/94/M, de 14 de Novembro e a Lei da Protecção dos Dados Pessoais. Em caso de não entregar todos os dados correctos, o requerimento não será aceite.
- 2) Quando for necessário o cumprimento das respectivas obrigações legais, os dados relativos serão provavelmente transmitidos para a autoridade de polícia, órgão judicial e outras entidades competentes.
- 3) V. Exa. tem direito de requerer por escrito o acesso, a rectificação ou a actualização dos dados e outras informações apresentadas.

Declaro que todos os dados apresentados e documentos anexos ao requerimento são verdadeiros, tendo lido e compreendido a referida “Declaração de Recolha de Dados Pessoais”.

Data: _____ Ano _____ Mês _____ Dia _____

Assinatura do requerente e carimbo

(Caso seja pessoa colectiva, deve ser assinado pelo administrador legal representante da empresa com carimbo)

Nota :

- (1) O referido requerimento está disponível para o levantamento no Departamento dos Assuntos Farmacêuticos e para o descarregamento no Website dos Serviços de Saúde <http://www.ssm.gov.mo>