

- 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 da Saúde

(**Entidade Titular - Nome em caso de pessoa singular<sup>(1)</sup>/Denominação da sociedade conforme consta no registo comercial<sup>(2)</sup>**) \_\_\_\_\_, BI<sup>(1)</sup> n.º \_\_\_\_\_, emitido em \_\_\_\_\_, pelo arquivo de identificação de \_\_\_\_\_, validade \_\_\_\_\_, NIF<sup>(1)</sup>/NIPC<sup>(2)</sup> \_\_\_\_\_, matriculada na Conservatória do Registo Comercial de \_\_\_\_\_, sob o n.º \_\_\_\_\_, com domicílio<sup>(1)</sup>/sede social<sup>(2)</sup> sita em (**endereço completo e código postal**) \_\_\_\_\_, concelho de \_\_\_\_\_, distrito de \_\_\_\_\_, titular do local de venda de medicamentos não sujeitos a receita medica (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, aqui representada por (**no caso de sociedade**) \_\_\_\_\_, na qualidade de \_\_\_\_\_, 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)

Junto se anexam os seguintes documentos:

- Documento comprovativo do pagamento das taxas estipuladas 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 da Saúde

(Entidade Titular - Nome em caso de pessoa singular<sup>(1)</sup>/Denominação da sociedade conforme consta no registo comercial<sup>(2)</sup>) \_\_\_\_\_, BI<sup>(1)</sup> n.º \_\_\_\_\_, emitido em \_\_\_\_\_, pelo arquivo de identificação de \_\_\_\_\_, validade \_\_\_\_\_, NIF<sup>(1)</sup>/NIPC<sup>(2)</sup> \_\_\_\_\_, matriculada na Conservatória do Registo Comercial de \_\_\_\_\_, sob o n.º \_\_\_\_\_, com domicílio<sup>(1)</sup>/sede social<sup>(2)</sup> sita em (**endereço completo e código postal**) \_\_\_\_\_, concelho de \_\_\_\_\_, distrito de \_\_\_\_\_, titular do local de venda de medicamentos não sujeitos a receita medica (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, aqui representada por (**no caso de sociedade**) \_\_\_\_\_, na qualidade de \_\_\_\_\_, NIF \_\_\_\_\_, 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 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)

Junto se anexam os seguintes documentos:

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

Os pagamentos a prestar ao IASAÚDE, IP-RAM podem ser efetuados por uma das seguintes formas:

- Entrega monetária no IASAÚDE, IP-RAM;
- Cheque dirigido ao IGCP;
- Transferência bancária através do NIB 0781 0112 01120014413 69, Instituto de Gestão do Crédito Público (IGCP).