

- Minuta de **Requerimento para o cancelamento do averbamento do responsável técnico de local de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM)** (a ser apresentada pelo responsável técnico)

Exmo. Senhor
Secretário Regional da Saúde

(**Nome completo**) _____, filho de _____ e de _____, natural de _____, freguesia de _____, concelho de _____, distrito de _____, nascido em _____, (**estado civil**) _____, Bilhete de Identidade n.º _____, emitido em _____, pelo arquivo de identificação de _____, contribuinte n.º _____, residente em (**endereço completo e código postal**) _____, telefone n.º _____, telemóvel n.º _____, vem nos termos da Portaria n.º 128/2006, de 20 de outubro, requerer a V. Exa. o cancelamento no registo do averbamento como responsável técnico 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, com efeitos a partir de (**indicar a data**) _____.

Pede deferimento

_____, _____ de _____ de 20____

(Assinatura conforme BI)

- Minuta de **Requerimento para a alteração do responsável técnico de 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⁽¹⁾/Denominação da sociedade conforme consta no registo comercial⁽²⁾) _____, BI⁽¹⁾ n.º _____, emitido em _____, pelo arquivo de identificação de _____, validade _____, NIF⁽¹⁾/NIPC⁽²⁾ _____, matriculada na Conservatória do Registo Comercial de _____, sob o n.º _____, com domicilio⁽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 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. a alteração no registo do responsável técnico do local de venda de medicamentos não sujeitos a receita medica (MNSRM), com efeitos a partir de (**indicar a data**) _____.

Nome do responsável técnico que cessa funções: _____

Identificação do responsável técnico do local de venda de MNSRM que inicia funções:

Nome:

Naturalidade:

Morada:

Localidade:

Freguesia:

Concelho:

Código Postal

Habilitação profissional:

Registo no INFARMED, I P. n.º (se aplicável):

Carteira profissional ou cédula profissional n.º:

Bilhete de Identidade n.º, local e data de emissão.

Pede deferimento

_____, _____ de _____ de 20____

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

Junto se anexam os seguintes documentos:

- Fotocópia da carteira profissional ou cédula profissional do responsável técnico pelo local de venda de MNSRM;
- 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;
- Termo de responsabilidade do responsável técnico de local de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica;

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).

- Minuta de **Termo de responsabilidade do responsável técnico de local de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica**

TERMO DE RESPONSABILIDADE

(**Nome completo**) _____, (**estado civil**) _____, BI n.º _____, emitido em _____, pelo arquivo de identificação de _____, validade _____, NIF _____, residente em (**endereço completo e código postal**) _____, telefone n.º _____, habilitações académicas e profissionais _____, titular da **carteira profissional / cédula profissional** n.º _____, emitida pela Ordem dos Farmacêuticos, e registado(a) no INFARMED, I.P. com o n.º _____ (**se aplicável**), declara para todos os efeitos legais, que assume a responsabilidade técnica do local de venda de medicamentos não sujeitos a receita médica (MNSRM) com a designação _____, com instalações sitas em (**endereço completo e código postal**) _____, freguesia de _____, concelho de _____, Região Autónoma da Madeira, com o titular _____, NIF/NIPC n.º _____, com domicílio/sede social sita em (**endereço completo e código postal**) _____, comprometendo-se ao cumprimento de todas as normas legais em vigor, com efeitos a partir de (**indicar a data**) _____, não exercendo qualquer atividade incompatível com as exigências legais respeitantes à função que pretende assumir, Mais declara **acumular/não acumular** a responsabilidade técnica de outros locais de venda de MNSRM (**indicar a situação mencionando em caso afirmativo, quantos e qual a distância entre eles e o local atual**).

Declara, não exercer qualquer das seguintes funções: (**no caso de responsável técnico farmacêutico**)

- Diretor ou responsável técnico, ou substituto deste, ao serviço de titular de autorização de introdução de medicamentos no mercado;
- Diretor ou responsável técnico, ou substituto deste, ao serviço de estabelecimentos de que se dediquem ao fabrico, distribuição por grosso ou importação paralela de medicamentos;

- Diretor ou responsável técnico, ou substituto deste, ao serviço de serviços farmacêuticos hospitalares, públicos ou privados;
- Diretor ou responsável técnico, ou substituto deste, ao serviço de outra farmácia ou, quando não excecionado, de posto farmacêutico.

_____, ____ de _____ de 20__

(Assinatura conforme BI)