

Ex.mo/a Senhor/a
Diretor/a Regional da Saúde
Solar dos Remédios
9701-855 Angra do Heroísmo

Termo de Responsabilidade

_____ (1), residente
_____ portador(a) do Cartão de Cidadão (ou, em
alternativa, o Bilhete de Identidade) n.º _____, emitido em ___/___/___,
pelo Arquivo de Identificação de _____, licenciado(a) e
Ciências Farmacêuticas, titular da carteira profissional n.º _____, emitida pela
Ordem dos Farmacêuticos, na qualidade de Diretor(a) Técnico(a)
da _____ (2), declara que se responsabiliza pela
elaboração, conservação e manutenção atualizada de todos os registos relativos
às substâncias estupefacientes, psicotrópicas e seus preparados constantes das
tabelas I a IV, anexas ao Decreto-Lei n.º 15/93, de 22 de janeiro, cuja autorização
é requerida pela _____ (2), com sede
na _____ (3) e instalações na
_____ (3) bem como pelo cumprimento
da demais legislação em vigor.

Data: _____, _____ de _____, de 20 _____

Assinatura : _____

- (1)- Nome do requerente;
- (2)- Nome da Sociedade;
- (3)- Morada.

