

Ex.mo(a) Senhor(a)  
Diretor(a) Regional da Saúde  
Solar do 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.