**Requerimento do proprietário da farmácia a solicitar o cancelamento**

**Do anterior farmacêutico substituto**

Exmo. Sr.

Diretor Regional da Saúde

Clique ou toque aqui para introduzir texto. [[1]](#footnote-1), portador(a) de cartão de
cidadão/BI n.º Clique ou toque aqui para introduzir texto. e NIF ou NIPC nº Clique ou toque aqui para introduzir texto., proprietário(a) averbado(a) em alvará da Farmácia[[2]](#footnote-2) Clique ou toque aqui para introduzir texto. , com o alvará n.º Clique ou toque aqui para introduzir texto., datado de Clique ou toque para introduzir uma data., vem requerer a V. Exa. o cancelamento como farmacêutico substituto o (a) Clique ou toque aqui para introduzir texto.[[3]](#footnote-3), com efeitos à data de Clique ou toque para introduzir uma data..

Escolha um item., Clique ou toque para introduzir uma data.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_[[4]](#footnote-4)

1. Nome do proprietário averbado em alvará (pessoa singular) ou designação da sociedade proprietária averbada em alvará (na pessoa do(s) representante(s) legal(ais), com poderes legais para o efeito). [↑](#footnote-ref-1)
2. Nome da Farmácia. [↑](#footnote-ref-2)
3. Nome do farmacêutico substituto a cancelar. [↑](#footnote-ref-3)
4. Assinatura. [↑](#footnote-ref-4)