

一、關於執業地點的申報：

藥劑師／中藥師／藥房技術助理須向准照及稽查廳申報執業地點，並透過其僱主向准照及稽查廳遞交職業民事責任強制保險合同副本或“投保職業民事責任強制保險之聲明書”(附件)，以證明其已履行第 5/2016 號法律《醫療事故法律制度》第三十六條及第 5/2017 號行政法規第三條及第四條的規定，方可執業。

二、關於准照的續期：

於醫院、診所、藥房或藥行等機構執業的藥劑師／中藥師／藥房技術助理須於每年續期時向准照及稽查廳遞交職業民事責任強制保險合同副本或“投保職業民事責任強制保險之聲明書”(附件)，以證明其已履行第 5/2016 號法律《醫療事故法律制度》第三十六條及第 5/2017 號行政法規第三條及第四條的規定。

三、關於執業地點的變更：

根據第 5/2016 號法律《醫療事故法律制度》第八條第二款及衛生局第 05/SS/2017 號批示有關病歷的記錄、管理、保存及銷毀程序指引，以及第 18/2020 號法律《醫療人員專業資格及執業註冊制度》第三十四條第一款第十六項的規定，藥劑師／中藥師／藥房技術助理變更執業地點須向准照及稽查廳遞交“由僱用機構負責管理及保存一切與病人、調配處方及相關藥事服務的紀錄(病歷)之聲明書”(附件)，以證明其處理的上述紀錄(病歷)已由相關機構負責管理及保存。

四、發生或懷疑發生醫療事故通報：

根據第 5/2016 號法律《醫療事故法律制度》第九條第一款的規定，如藥劑師／中藥師／藥房技術助理知悉發生或懷疑發生醫療事故，須在二十四小時內向衛生局通報。通報表可在衛生局醫務活動牌照科索取，或可透過衛生局網頁 <http://www.ssm.gov.mo> 下載。

投保職業民事責任強制保險之聲明書

Declaração do seguro obrigatório de responsabilidade civil profissional

根據第 5/2016 號法律《醫療事故法律制度》第三十六條及第 5/2017 號行政法規第四條第二款規定，茲聲明本人 _____，准照類別 _____，准照編號 _____，受僱於(機構名稱) _____，已履行上述規定，透過僱主投保職業民事責任強制性保險。

本人聲明上述資料屬實無誤，並由機構有效代表簽署確認。

Eu, _____, da categoria _____, com a licença n.º _____, empregado pela empresa _____, declaro que o meu empregador comprou o seguro obrigatório de responsabilidade civil profissional dos prestadores de cuidados de saúde em cumprimento dos requisitos previstos no art.º 36.º da Lei n.º 5/2016 (Regime jurídico do erro médico) e no n.º 2 do art.º 4.º do Regulamento Administrativo n.º 5/2017.

Mais declaro que as informações acima mencionadas são verdadeiras e correctas, sendo assinadas e confirmadas juntamente por mim e por um representante legítimo da instituição empregadora.

聲明人 Declarante,

簽名 Assinatura _____年____月____日 ano/mês/dia

機構有效代表 Representante legítimo da instituição empregadora,

簽名及蓋章 Assinatura e carimbo _____年____月____日 ano/mês/dia

備註：聲明書簽名須與身份證明文件簽名方式一致。

Nota: As assinaturas nesta declaração devem corresponder à assinatura nos documentos comprovativos de identificação.