

一、关于执业地点的申报：

药剂师 / 中药师 / 药房技术助理须向准照及稽查厅申报执业地点，并透过其雇主向准照及稽查厅递交职业民事责任强制保险合同副本或“投保职业民事责任强制保险之声明书”(附件)，以证明其已履行第 5/2016 号法律《医疗事故法律制度》第三十六条及第 5/2017 号行政法规第三条及第四条的规定，方可执业。

二、关于准照的续期：

于医院、诊所、药房或药行等机构执业的药剂师 / 中药师 / 药房技术助理须于每年续期时向准照及稽查厅递交职业民事责任强制保险合同副本或“投保职业民事责任强制保险之声明书”(附件)，以证明其已履行第 5/2016 号法律《医疗事故法律制度》第三十六条及第 5/2017 号行政法规第三条及第四条的规定。

三、关于执业地点的变更：

根据第 5/2016 号法律《医疗事故法律制度》第八条第二款及卫生局第 05/SS/2017 号批示有关病历的记录、管理、保存及销毁程序指引，以及第 18/2020 号法律《医疗人员专业资格及执业注册制度》第三十四条第一款第十六项的规定，药剂师 / 中药师 / 药房技术助理变更执业地点须向准照及稽查厅递交“由雇用机构负责管理及保存一切与病人、调配处方及相关药事服务的纪录(病历)之声明书”(附件)，以证明其处理的上述纪录(病历)已由相关机构负责管理及保存。

四、发生或怀疑发生医疗事故通报：

根据第 5/2016 号法律《医疗事故法律制度》第九条第一款的规定，如药剂师 / 中药师 / 药房技术助理知悉发生或怀疑发生医疗事故，须在二十四小时内向卫生局通报。通报表可在卫生局医务活动牌照科索取，或可透过卫生局网页 <http://www.ssm.gov.mo> 下载。

投保职业民事责任强制保险之声明书

Declaração do seguro obrigatório de responsabilidade civil profissional

根据第 5/2016 号法律《医疗事故法律制度》第三十六条及第 5/2017 号行政法规第四条第二款规定，兹声明本人 _____，准照类别 _____，准照编号 _____，受雇于(机构名称) _____，已履行上述规定，透过雇主投保职业民事责任强制性保险。

本人声明上述资料属实无误，并由机构有效代表签署确认。

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.

声明人 Declarante,
_____ 签名 Assinatura ____年____月____日 ano/mês/dia

机构有效代表 Representante legítimo da instituição empregadora,
_____ 签名及盖章 Assinatura e carimbo ____年____月____日 ano/mês/dia

备注：声明书签名须与身份证明文件签名方式一致。

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