

Governo da Região Administrativa Especial de Macau **Formulário do pedido de alteração do nome do estabelecimento**
Instituto para a Supervisão e Administração Farmacêutica

- Fábrica de medicamentos da medicina tradicional chinesa
- Estabelecimento que exerça a actividade de importação, exportação e venda por grosso de produtos usados na medicina tradicional chinesa
- Farmácia chinesa

Assinale com o sinal 「✓」 no campo adequado

Dados do(a) requerente		
<input type="checkbox"/> Pessoa singular	<input type="checkbox"/> Pessoa colectiva	
Nome em chinês _____	Nome da firma em chinês _____	
Nome em português _____	Nome da firma em português _____	
	N.º de registo _____	
Dados do estabelecimento		
Nome em chinês	Nome em português	N.º da licença
_____	_____	_____
Endereço em chinês _____		
Endereço em português _____		
Dados do novo estabelecimento		
Novo nome do estabelecimento (em chinês) _____		
Novo nome do estabelecimento (em português) _____		
Motivo da alteração do nome do novo estabelecimento _____		

Declaração de recolha de dados pessoais

Nos termos da Lei n.º 8/2005 (Lei da Protecção de Dados Pessoais):

1. Os dados pessoais e outras informações relevantes prestados neste formulário, bem como os documentos entregues, são apenas tratados com finalidades relativas ao presente pedido.
2. Os dados acima apresentados podem ser utilizados para efeitos de estatística e estudo, contudo, as estatísticas obtidas e o resultado de estudo não serão publicados na forma em que os dados pessoais possam ser identificados.
3. Em cumprimento das obrigações legais, os dados acima referidos podem ser comunicados às autoridades policiais, aos órgãos judiciais ou a outras entidades competentes.
4. Os titulares dos dados têm direito de acesso, rectificação ou actualização aos seus dados pessoais e outras informações relacionadas.

Declaração

- Li e entendi o conteúdo da “Declaração de recolha de dados pessoais” acima mencionada, e declaro que todas as informações prestadas e documentos em anexo são verdadeiros.

Data**Assinatura do(a) requerente/representante e carimbo ^{1,2}**_____
Dia / Mês / Ano_____
(assinatura conforme o documento de identificação)

Notas:

1. Se delegar poderes ao representante, deve ser acompanhado de procuração e da cópia do documento de identificação do representante.
2. Se o/a requerente for uma pessoa colectiva, o pedido deve ser apresentado e assinado pelo gerente ou administrador com poder de assinar, colocando o carimbo da empresa no espaço reservado para assinatura.
3. Pode ser apresentado no prazo de 15 dias a contar da data da notificação da autorização do pedido de alteração do nome do estabelecimento.

Documentos anexos	Reservado ao ISAF
1. Documentos relativos ao estabelecimento	
<input type="checkbox"/> Projecto de concepção do modelo de letreiro alterado do estabelecimento	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cópia da licença industrial (aplicável apenas para fábrica de medicamentos da medicina tradicional chinesa)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cópia da licença de unidade industrial, se houver (aplicável apenas para fábrica de medicamentos da medicina tradicional chinesa)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> Cópia da Contribuição Industrial – Declaração de Início de Actividade/Alterações (Modelo M/1), emitida pela Direcção dos Serviços de Finanças (aplicável apenas para farmácia chinesa, estabelecimento que exerça a actividade de importação, exportação e venda por grosso de produtos usados na medicina tradicional chinesa) ³	<input type="checkbox"/>
2. Taxa	
<input type="checkbox"/> Taxa da alteração do nome do estabelecimento (incluindo o imposto de selo de 10%, no montante total de MOP330.00)	<input type="checkbox"/>

Assinatura do(a) requerente/representante:_____