

- 藥劑師 Farmacêutico
 中藥師 Farmacêutico de medicina tradicional chinesa
 藥房技術助理 Ajudante técnico de farmácia

請在適當的空格內填上「✓」號

Assinale com o sinal "✓" no campo adequado

個人資料 Dados pessoais			
姓名 Nome		執照編號 Licença n.º	
澳門通訊電話 Telefone de contacto em Macau		通訊電郵 E-mail	
通訊地址 Endereço de contacto			

收集個人資料聲明 Declaração de recolha de dados pessoais	
根據第 8/2005 號法律《個人資料保護法》的規定： Em conformidade com a Lei n.º 8/2005 (Lei da Protecção de Dados Pessoais):	
1.	在本表格內所提供的個人及其他有關資料，以及本申請所需遞交的文件，只供處理本申請的用途。 Os dados pessoais e outras informações relevantes prestados neste formulário, bem como os documentos exigidos para este requerimento, são apenas tratados com finalidades relativas ao presente requerimento.
2.	上述資料有可能使用於統計及研究方面，但所得的統計數字及研究成果不會以能識別個人身份資料的形式公佈。 Os dados acima referidos 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.	基於履行法定義務，上述資料可能轉交予警察當局、司法機關或其他有權限實體。 Em cumprimento das obrigações legais, os dados acima referidos podem ser comunicados às autoridades policiais, aos órgãos judiciais ou a outras entidades competentes.
4.	申請人有權依法申請查閱、更正或更新存於本局准照及稽查廳的個人資料。 Os requerentes têm direito de acesso, rectificação ou actualização aos seus dados pessoais conservados pelo Departamento de Licenciamento e Inspeção deste Instituto nos termos da lei.

聲明 Declaração	
<input type="checkbox"/>	本人同意藥物監督管理局向相關部門提取及核實與審批本申請所需的資料及文件，以及向尚有的相關部門提供審核結果。 Concordo que o Instituto para a Supervisão e Administração Farmacêutica obtenha e verifique, juntos dos serviços competentes, as informações e os documentos necessários à apreciação e aprovação do presente requerimento, bem como forneça os resultados de apreciação aos serviços competentes, se houver.
<input type="checkbox"/>	本人在申請表內所提供的資料及附同文件全部屬實，並聲明已經閱讀及明白上述《收集個人資料聲明》。 Os dados prestados e os documentos anexados a este formulário são verdadeiros, e declaro que li e compreendi a "Declaração de recolha de dados pessoais" supracitada.
日期 Data	申請人簽署 (須與身份證明文件上之簽名式樣相符) Assinatura do requerente (assinatura conforme a constante do documento de identificação)
_____/_____/_____ 年 ano 月 mês 日 dia	_____

藥劑專業人員註銷完全執照申請表附同文件 Documentos anexos do formulário do requerimento de cancelamento da licença integral de profissional farmacêutico		藥物監督管理局專用 Reservado ao ISAF
<input type="checkbox"/>	完全執照正本 (如執照遺失, 須連同由權限當局發出之執照遺失聲明書副本一併遞交) Original da licença integral (em caso de extravio da licença, deve ser entregue juntamente com a cópia da declaração de extravio da licença, emitida pela autoridade competente)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	由僱用的醫療服務提供者 (如藥房) 負責管理及保存病歷之聲明書 (倘有) Declaração de gestão e conservação de processos clínicos da responsabilidade do prestador de cuidados de saúde empregador (tal como farmácia), se houver	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	其他 (請指出) Outros (indique)	<input type="checkbox"/>

附註 Notas

- 本申請表格須連同附同文件一併提交，倘若沒有提供齊備及正確的資料，申請將不獲辦理。
O presente formulário do requerimento deve ser apresentado juntamente com os documentos anexos, o requerimento não será tratado, no caso de que os documentos apresentados pelo requerente não sejam completos e correctos.
- 中止/註銷執照的藥劑專業人員，可向藥物監督管理局局長申請重新發出執照。
O profissional farmacêutico cuja licença tenha sido suspensa/cancelada pode solicitar ao Presidente do Instituto para a Supervisão e Administração Farmacêutica a emissão de uma nova licença.