

藥行所有權轉讓行為登記申請表格

新申請

更改申請資料

請在適當的空格內填上「✓」號

藥行資料			
場所名稱		准照編號	
獲轉讓者資料			
<input type="radio"/> 自然人 姓名 _____		<input type="radio"/> 法人 名稱 _____	
<input type="radio"/> 澳門永久性居民身份證		<input type="radio"/> 澳門非永久性居民身份證	
<input type="radio"/> 其他 編號 _____		登記編號： 商社通實體帳戶編號：	
轉讓後准照資料			
維持藥行名稱	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否，請填寫轉讓後藥行新名稱【附註 2】		
	中文		
	葡文		
維持藥行營業時間	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 (須提交更新的營業時間及技術人員工作時間聲明)		
維持藥行技術人員	<input type="radio"/> 是 <input type="radio"/> 否 (須提交“DR-5 藥行技術主管替換申請表格”)		
聯絡人資料			
姓名	手提電話號碼	傳真號碼(倘有)	電郵
收集個人資料聲明			
根據第 8/2005 號法律《個人資料保護法》的規定：			
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。		
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。		
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。		
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。		
聲明			
<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，以及向倘有的相關部門提供審核結果。		
<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》。		
日期		申請人有效簽署 (須與身份證明文件上之簽名式樣相符)【附註 3】	
_____ / _____ / _____ 年 月 日		_____	

藥行所有權轉讓行為登記申請表格附同文件		藥物監督管理局專用
<input type="checkbox"/>	由藥物監督管理局發出的“取得藥行所有權轉讓資格聲明書”副本【附註 4】	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	藥行所有權轉讓行為的契約或合約	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	經申請人有效簽署的場所位置圖，比例為 1:1000	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	經申請人有效簽署的場所圖則，比例為 1:100 (應包括平面圖、剖面圖及立面圖)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	藥行營業時間及技術人員工作時間的聲明書【由藥行准照轉讓對象及技術主管共同簽署】，須包括以下資料： <input type="checkbox"/> 營業時間：星期一至星期日及公眾假期的營業時間 <input type="checkbox"/> 技術主管的工作時間：星期一至星期日及公眾假期的工作時間	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	更新的財政局營業稅申報表副本(M/1 格式)(可於所有權轉讓行為登記申請獲批後提交)	<input type="checkbox"/>

附註:

1. 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。
2. 藥行的名稱不得包含任何能使公眾將其與藥房混淆的成份。倘場所名稱與現有的藥行名稱類同，尤指開設分店的情況，且申請人非為名稱類同的現有藥行准照持有人，須提交現有藥行准照持有人的同意書。
3. 如准照持有人屬法人，須由具簽署權限的經理、行政管理機關成員或機關主要據位人作出申請及簽署。
4. “取得藥行所有權轉讓資格聲明書”可透過“DR-10 取得藥行所有權轉讓聲明書申請表格”向藥物監督管理局申請取得。