

澳門特別行政區政府
藥物監督管理局

取得藥房所有權轉讓聲明書
申請表格

請在適當的空格內填上「✓」號

藥房資料			
場所名稱		准照編號	
准照持有人資料			
<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： _____	
擬獲轉讓者資料			
<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： _____	
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 2】	
_____/_____/_____ 年 月 日		_____	
日期		擬獲轉讓者有效簽署 (須與身份證明文件上之簽名式樣相符)【附註 2】	
_____/_____/_____ 年 月 日		_____	

取得藥房所有權轉讓聲明書附同文件				藥物監督管理局專用
1. 擬獲轉讓者相關文件				
自然人		法人		
<input type="checkbox"/>	澳門居民身份證副本	<input type="checkbox"/>	經理/行政管理機關成員/機關主要據位人名單 (附頁)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	經理及行政管理機關成員/機關主要據位人的身份證明文件副本 【附註 3】	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	住址證明	<input type="checkbox"/>	法人登記證明 (已於商業及動產登記局登記之公司，豁免遞交)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	刑事紀錄證明書 (申請用途：申請從事與藥物有關的職業及活動准照)	<input type="checkbox"/>	經理及行政管理機關成員/機關主要據位人的刑事紀錄證明書 (申請用途：申請從事與藥物有關的職業及活動准照)	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	無抵觸聲明書 (附件一)	<input type="checkbox"/>	無抵觸聲明書 (附件一)	<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. 如申請人屬法人，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。
3. 遞交的身份證明文件副本須與刑事紀錄證明書內的身份證明文件資料一致；倘上述身份證明文件不含簽名式樣，須同時遞交含簽名式樣的文件以核對簽署。
4. 根據現行九月十九日第 58/90/M 號法令第六十二條第二款的規定，藥房經營的取得者或被讓予者，須於取得或讓予的行為計後三十天期限內，向藥物監督管理局申請登記該行為，並連同有關的契約或准照的副本以作登記上附註之用。有關申請透過“FA-4 藥房所有權轉讓行為登記申請表格”辦理。
5. 取得藥房所有權者須按照第 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，為藥房工作的藥劑專業人士購買職業民事責任強制保險。
6. 倘因死亡而轉讓藥房所有權，申請可由財產繼承人辦理，但須遞交財產繼承權的合法證明文件。

附頁

經理/行政管理機關成員/機關主要據位人名單

(僅適用於法人)

如申請人為法人，經理及行政管理機關成員資料；如屬社團或財團，則為機關主要據位人資料			
序號	姓名	身份證明文件類別 ¹	證件編號
1.			
2.			
3.			
4.			
5.			
6.			
7.			
8.			
9.			
10.			

申請人有效簽署：_____

(須與身份證明文件上之簽名式樣相符)

¹ 須與刑事紀錄證明書身份證明文件相同。

附件一

無抵觸聲明書

(適用於自然人、經理/行政管理機關成員/機關主要據位人)

本人_____^{1,2}，持有

- ☐ 澳門永久性居民身份證 (編號 _____)
- ☐ 澳門非永久性居民身份證 (編號 _____)
- ☐ 其他 _____³ (編號 _____)

茲聲明：

本人按照現行的九月十九日第 58/90/M 號法令第二十九條第一款 c)項，聲明沒有從事提供醫療服務的活動，尤指從事醫生及相關的職業。

聲明人簽署

年 / 月 / 日
(須與身份證明文件上之簽名式樣相符)

¹ 請寫聲明人姓名。

² 本聲明書由申請人作出；倘申請人為法人，則由法人的經理、各行政管理機關成員或各機關主要據位人作出。

³ 請填寫證件類別，須與刑事紀錄證明書身份證明文件相同。