



首次申請   
 1.º Requerimento

復牌申請   
 Reinício

**執照類別 Tipo da alvará**

- 診所 Clínica  綜合診所 Policlínica  衛生所 Casa de saúde  護理中心 Centro de enfermagem  
 治療中心 Centro de tratamento  診斷中心 Centro de diagnóstico  
 康復中心 Centro de reabilitação  臨床分析實驗及放射實驗室 Laboratórios de análises clínicas e de radiologia

**申請人資料 Dados de requerente**

**個人持牌人 Proprietário individual**

中文名稱 Nome em Chinês

葡文名稱 Nome em Português

**身份證明文件 Documento de identificação**

類別 Tipo

- 永久性居民身份證 (BIR Permanente)  
 非永久性居民身份證 (BIR não Permanente)  
 其他 (Outro), 請指出 Indique

編號 N.º

證件發出機關 Serviço emitente

居住地址 Morada

**法人持牌人 Proprietário pessoas colectivas**

中文名稱 Nome em Chinês

葡文名稱 Nome em Português

英文名稱(如適用) Nome em Inglês

**行政管理機關成員 Elementos da direcção administrativa**

姓名 Nome	身份證明文件 Documento de identificação	
	類別 Tipo	編號 Número

法人地址 Morada

備註 Observação: 如持牌人為法人，須由具簽署權限的行政管理機關成員作出申請及簽名，並於簽名欄蓋上公司印章。

Se o proprietário for uma pessoa colectiva, o pedido deve ser apresentado pelos elementos da direcção administrativa que têm competência de assinatura.

**聯絡資料 Informações de contacto**

聯絡人 Pessoa de contacto	電話號碼 N.º de Telefone	手提電話號碼 N.º de Telemóvel	電郵 E-mail
---------------------------	-------------------------	----------------------------	--------------

## 通訊語言及方式 Língua e meios para comunicação

請選擇下列其中一種語言及通訊方式，以便本局日後直接採用該語言回覆 台端之申請。

Por favor escolher uma das seguintes línguas e meios para notificação da decisão do presente pedido.

通訊語言  中文 Chinês

通訊方式  電話 / 手提電話 Via telefone / Telemóvel\*

Língua  葡文 Português

Meio  郵遞 Via correio

英文 Inglês

電郵 Via E - mail

\*如提供手提電話編號，本局將以短訊形式通知有關事宜。 Caso indique o n.º do telemóvel, o SS irá notificar via SMS.

## 場所資料 Dados do estabelecimento

場所中文名稱 Designação do estabelecimento em Chinês

場所葡文名稱 Designação do estabelecimento em Português

場所英文名稱(如適用) Designação do estabelecimento em Inglês

場所中文地址 Endereço do estabelecimento em Chinês

場所葡文地址 Endereço do estabelecimento s em Português

## 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 De acordo 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 referente informações recolhidos são tratados com finalidades relativas ao seu 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 apresentados podem provalvemente ser utilizados para efeitos de estatística e estudo, contudo, as estatísticas obtidas e o resultado de estudo não irão publicados através de forma em que os dados pessoas 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 de obrigação legal, os referente dados podem ser comunicados às autoridades policiais, às entidades judiciais ou às outras entidades competentes.
4. 申請人有權依法申請查閱、更正或更新存於本局醫務活動牌照科的個人資料。  
Os titulares dos dados têm direito de acesso, rectificação ou actualização aos seus dados pessoais conservados pela UTLAP, destes Serviços.

## 本人聲明如下 Declaração

- 場所在地點僅提供衛生護理服務或輔助診斷服務，且不涉及兩類或以上不同行業行政准照的服務或業務。  
Os estabelecimentos prestão apenas serviços de cuidados de saúde ou serviços auxiliares de diagnóstico e não envolvem dois ou mais tipos de serviços ou negócios com licenças administrativas de diferentes sectores.
- 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》。  
Venho, por este meio, declarar que os dados apresentados e os documentos anexados neste requerimento são idênticos e verdadeiros, bem como a “Declaração de Recolha de Dados Pessoais” supracitada foi lida e entendida por mim.

日期 Data

場所負責人簽名 Assinatura do requerente

須與身份證明文件上之簽名式樣相符

Assinatura conforme documento de identificação

## 注意 Observação:

1. 遞交時須附同《私人衛生護理服務場所執照申請文件清單》，並請以正楷字體填寫。 Deve ser anexada a Lista dos documentos a apresentar quando do pedido de licenciamento de estabelecimentos privados de prestação de cuidados de saúde devidamente preenchida com letra legível.
2. 若申請人沒提供正確完備資料，申請將不獲辦理。 O requerimento não será tratado, no caso de que os documentos apresentados pelo requerente não sejam completos e correctos.