

衛生局局長 閣下
Exmo. Senhor
Director dos
Serviços de Saúde

醫療廣告申請書

REQUERIMENTO DE PUBLICIDADE MÉDICA

姓名： _____

Nome

身份證明文件： _____ 聯絡電話： _____ 流動電話： _____

Documento de identificação

Telefone de contacto

Telemóvel

住址： _____

Morada

場所名稱： _____

Designação do estabelecimento

場所地址： _____

Endereço do estabelecimento

安裝廣告牌 / 招牌地點 Local de colocação do reclamo/tabuleta :

廣告媒介 Suporte Publicitário :

報章(請註明) Jornais (Deve indicar) _____

電視(請註明) Televisão (Deve indicar) _____

電台(請註明) Rádio (Deve indicar) _____

其他(請註明) Outros (Deve indicar) _____

澳門， _____ / _____ / _____

Macau,

請予批准

Pede deferimento

(申請人簽名 assinatura do requerente)

備註 **OBSERVAÇÕES**

申請書應附上廣告/招牌稿件壹份。

O requerente deverá a apresentar um exemplar do esboço do reclamo/tabuleta.