



澳門特別行政區政府
Governo da Região Administrativa Especial de Macau
衛生局
Serviços de Saúde

從事個人衛生護理服務中止及取消准照申請書
Requerimento de suspensão e cancelamento de licença para o
exercício da actividade privada de prestação de cuidados de saúde

- 中止准照申請
Pedido de suspensão da licença
- 取消准照申請
Pedido de cancelamento da licença

申請人資料 Dados do requerente

中文姓名
Nome em Chinês

葡文姓名
Nome em Português

准照類別 Tipo de licença

准照編號 N.º da licença

申請事項 Tipo de pedido	遞交之文件 Documentos a entregar
<p><input type="checkbox"/> 中止准照 Suspensão da licença</p> <p>年期(請指出) Período (Indique) _____</p> <p>*中止期限不可超過 2 年 O prazo de suspensão não pode exceder os dois anos</p> <p><input type="checkbox"/> 取消准照 Cancelamento da licença</p> <p><input type="checkbox"/> 取消准照(持牌人已故) Cancelamento da licença (por falecimento do titular)</p>	<p><input type="checkbox"/> 准照正本 Original da licença</p> <p><input type="checkbox"/> 申請人之澳門特別行政區居民身份證副本(正面及背面影印在同一版) Cópia do BIR da RAEM do requerente (frente e verso na mesma página)</p> <p>備註 Observações:</p> <ol style="list-style-type: none">須拆除醫務所之招牌，如適用。 A tabuleta do consultório deve ser removida, se aplicável.如准照遺失，須連同由權限當局發出之准照遺失聲明書副本一併遞交。 Em caso de extravio da licença, deve ser apresentada em conjunto cópia da declaração do extravio da licença emitida pela entidade competente.如持牌人已故，須連同死亡證明書副本一併遞交。 Em caso de falecimento do titular, deve ser apresentada em conjunto cópia do certificado de óbito.

聯絡資料 Informações de contacto

中文地址 Morada em Chinês

葡文地址 Morada em Português

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 forma de 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 escolha uma das seguintes línguas e formas de comunicação para comunicação da decisão do presente pedido por estes Serviços.

通訊語言 中文 Chinês **通訊方式** 電話 / 手提電話 Via telefone / telemóvel*
Língua 葡文 Português **Forma de comunicação** 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 número de telemóvel, será notificado pelos Serviços de Saúde via SMS.

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只供處理本申請的用途。
Os dados pessoais recolhidos e relevantes 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 ser utilizados para efeitos de estatística e estudos, contudo, não podem ser publicados em forma de informações de identificação pessoal nos resultados.
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 da obrigação legal, os referentes dados podem ser comunicados às autoridades policiais, às entidades 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醫務活動牌照科的個人資料。
Os requerentes têm direito de acesso, rectificação ou actualização aos seus dados pessoais conservados pela Unidade Técnica de Licenciamento das Actividades e Profissões Privadas de Prestação de Cuidados de Saúde destes Serviços.

聲明 **Declaração**

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 a este requerimento são verdadeiros, bem como tomei conhecimento e compreendi plenamente a “Declaração de Recolha de Dados Pessoais” acima.

日期 **Data**

申請人簽名 **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：請以正楷字體填寫。若申請人沒提供正確完備資料，申請將不獲辦理。

Nota: O presente formulário deve ser preenchido em letra legível. Caso os requerentes não apresentem os documentos comprovativos necessários, de forma completa e correcta, o requerimento não será tratado.