

**Requerente:**

NIF: _____

NOME: _____

BI/CC nº _____, emitido pelos SIC de _____ válido até ____/____/____

MORADA: _____

Código Postal _____ - Localidade _____

Telefone _____ Telemóvel _____ e-mail _____

 Autorizo ser notificado(a) para o e-mail indicado
Requer:

Certidão onde conste que relativamente ao prédio, sito na Rua _____
_____, nº _____, freguesia de _____
_____, deste Concelho, não existe qualquer:

 Farmácia num raio de 350 metros

 Extensão de Saúde, Centro de Saúde ou **Estabelecimento Hospitalar** num raio de 100 metros

Data: ____ / ____ / _____

(Assinatura)

 Conferi os elementos identificativos do
requerente (BI/CC e NIF).

 ____/____/201__

Anexa:

Planta de Localização