

**Requerente:**

NIF: _____
NOME: _____
BI/CC nº _____, emitido pelos SIC de _____ **válido até** ____/____/____
MORADA: _____
CódigoPostal _____ - **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