



S



R.

Anexo I

MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO INTERNA

GUARDA NACIONAL REPUBLICANA

DIREÇÃO DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA NA DOENÇA

DIVISÃO DE ASSISTÊNCIA NA DOENÇA

DECLARAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Entidade: _____

N.º. Contribuinte: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ / _____ Localidade: _____

Telefone: _____ Fax: _____ Email: _____

IBAN: _____

Registo Comercial: _____ N.º: _____
(onde se encontra matriculada, ou registo como instituição particular de solidariedade social, ou reconhecimento como pessoa colectiva de utilidade pública)

Nome do Representante legal: _____

N.º. Contribuinte: _____ N.º do BI/CC: _____

Morada profissional : _____

Código Postal: _____ / _____ Localidade: _____

Telefone: _____ Fax: _____ Email: _____

Nome dos Corpos Sociais e de outras pessoas com poderes para obrigarem:

1. _____

3. _____

4. _____

5. _____

6. _____

Entidade possui qualquer tipo de acordo com o SNS: SIM ☐ NÃO ☐

Qual? _____

_____, _____ de _____ de 20____

(Assinatura do Representante Legal e carimbo)





S



R.

Anexo I

MINISTÉRIO DA ADMINISTRAÇÃO INTERNA

GUARDA NACIONAL REPUBLICANA

DIREÇÃO DE SAÚDE E ASSISTÊNCIA NA DOENÇA

DIVISÃO DE ASSISTÊNCIA NA DOENÇA

DECLARAÇÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO REQUERENTE

Locais de Atendimento

Preencher caso tenha locais de atendimento diferentes da Sede.

1 Local de Atendimento

Morada:

Código Postal:

Localidade:

Telefone:

Fax:

Email:

2 Local de Atendimento

Morada:

Código Postal:

Localidade:

Telefone:

Fax:

Email:

3 Local de Atendimento

Morada:

Código Postal:

Localidade:

Telefone:

Fax:

Email:

4 Local de Atendimento

Morada:

Código Postal:

Localidade:

Telefone:

Fax:

Email:

5 Local de Atendimento

Morada:

Código Postal:

Localidade:

Telefone:

Fax:

Email:

6 Local de Atendimento

Morada:

Código Postal:

Localidade:

Telefone:

Fax:

Email:

7 Local de Atendimento

Morada:

Código Postal:

Localidade:

Telefone:

Fax:

Email:

8 Local de Atendimento

Morada:

Código Postal:

Localidade:

Telefone:

Fax:

Email:

9 Local de Atendimento

Morada:

Código Postal:

Localidade:

Telefone:

Fax:

Email:

10 Local de Atendimento

Morada:

Código Postal:

Localidade:

Telefone:

Fax:

Email:

_____, _____ de _____ de 20____

(Assinatura do Representante Legal e carimbo)

