



Cartão de Identificação

Identificação do membro:

Nome: _____

N.º de Membro: _____ Nº de Carteira Profissional: _____

Dados para emissão do cartão:

Nome a figurar no cartão (max. 3): _____

Nome da Farmácia: _____

Nome do(a) Diretor (a) Técnico(a): _____

Localidade: _____ Código Postal: _____ - _____

Telefone: _____ Email: _____

Categoria Profissional:

Diretor(a) Técnico(a): ____ Farmacêutica (a) Substituto (a): ____ Farmacêutico (a): ____

Início da Atividade: __/__/____

Nota: A emissão do cartão de identificação implica o pagamento de 6, 00€ (NIB: 0033 000000 145 500 583 05) e a entrega de uma fotografia tipo passe. Os cartões de Diretor(a) Técnico(a) ou farmacêutico (a) Substituto(a) implicam ainda, a apresentação do averbamento pelo Infarmed.

Data

Assinatura

Ordem dos Farmacêuticos. Secção Regional do Norte

Rua Cantor Zeca Afonso N.º 793 | 4200- 534 Porto

Telefone: 225073440 Email: geral@ofnorte.pt