

- Minuta para o **Comunicação de não cumprimento do horário aprovado por motivos de indisponibilidade do pessoal da farmácia relacionados com o surto de COVID-19**

Exmo. Senhor

Presidente do Conselho Diretivo do Instituto de
Administração da Saúde, IP-RAM

(Entidade Proprietária – Nome em caso de pessoa singular⁽¹⁾/Denominação da sociedade conforme consta no registo comercial⁽²⁾) _____, BI/CC⁽¹⁾ n.º _____, emitido em _____, pelo arquivo de identificação de _____, validade _____, NIF⁽¹⁾/NIPC⁽²⁾ _____, matriculada na Conservatória do Registo Comercial de _____, com o código de acesso à certidão permanente n.º _____, com **domicílio⁽¹⁾/sede social⁽²⁾** sita em (**endereço completo e código postal**) _____, concelho _____, distrito de _____, endereço eletrónico _____@_____, telefone n.º _____, telemóvel n.º _____, fax n.º _____, cujos **gerentes/administradores** são (**identificar todos os indivíduos que obrigam a sociedade**) Nome(s) _____, BI/CC n.º _____, emitido em _____, pelo arquivo de identificação de _____, validade _____, NIF _____, aqui representada por _____, na qualidade de (**quem obriga a sociedade/procurador/outra**) _____, NIF _____, proprietário(a) da Farmácia _____, detentora do Alvará n.º __/RAM, de __ de __ de __, com instalações sitas em (**endereço completo e código postal**) _____, freguesia de _____, concelho de _____, Região Autónoma da Madeira, endereço eletrónico _____@_____, telefone n.º _____, telemóvel n.º _____, fax n.º _____, tendo como diretor(a) técnico(a) o/a farmacêutico(a) (**nome completo**) _____, licenciado(a) em _____, titular da carteira profissional n.º _____, emitida pela Ordem dos Farmacêuticos, registado(a) no INFARMED, IP sob o n.º _____, vem comunicar a V. Exa. que não sendo possível assegurar o horário e períodos de funcionamento diário e semanal aprovado da farmácia _____, por motivos de indisponibilidade do pessoal da farmácia, relacionados com o surto de COVID-19, o horário e períodos de funcionamento diário e semanal, a partir do dia __ de

___ de ___ passou a ser conforme segue, encontrando-se assegurado o funcionamento diário da farmácia e a cobertura da localidade.

Dias da semana	Abertura (hh:mm)	Período de almoço		Fecho (hh:mm)	Total de horas diário (hh:mm)
		Fecho (hh:mm)	Abertura (hh:mm)		
Domingo					
Segunda-feira					
Terça-feira					
Quarta-feira					
Quinta-feira					
Sexta-feira					
Sábado					
Feriados / Dias Santos					
Total de horas semanal (hh:mm)					

Mais se comunica a V. Exa. que o novo horário se encontra afixado, de forma visível, no interior e exterior da farmácia.

_____, __ de _____ de 20__

(Assinatura(s), de quem obriga no caso de sociedade, conforme BI/CC)