Minuta para o **Termo de Responsabilidade do(a) Responsável Técnico(a)**

# TERMO DE RESPONSABILIDADE

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(nome completo conforme documento de identificação),*** residente em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, ***(morada completa e código postal),*** contribuinte n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, Cartão de Cidadão nº \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, com o contacto telefónico n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e endereço eletrónico \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ licenciado(a) em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *(se aplicável*), portador(a) da carteira profissional n.º \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, emitida por \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ (se aplicável), declara, para todos os efeitos legais, que assume a responsabilidade pela distribuição por grosso dos seguintes dispositivos médicos \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***(caracterizar os Dispositivos Médicos - Diretiva/ Tipologia/ Classificação/ Componentes Críticos - caracterização dos dispositivos médicos de acordo com o disposto no n.º 2 do artigo 2.º do Regulamento anexo à Deliberação n.º 515/2010, de 03 de março de 2010)*** exercida pela \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***(identificação da entidade requerente****),* com sede social em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***(morada completa e código postal***), e com estabelecimento de distribuição situado em \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ***(morada completa com código postal, localidade, distrito, concelho e freguesia)***, Região Autónoma dos Açores, comprometendo-se ao cumprimento de todas as normas legais em vigor.

(Data): \_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 202\_\_\_

(Assinatura): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**(Assinatura conforme o documento de identificação)**