



plural
SERVIÇOS MULTIPHARMA

FICHA DE ADESÃO AO SERVIÇO DE RECOLHA DOS RESÍDUOS HOSPITALARES GRUPOS II E IV

NOME DA FARMÁCIA:

LOCALIDADE:

NIF:

PROPRIETÁRIO:

DIRECTOR TÉCNICO:

SIM, PRETENDO ADERIR AO SERVIÇO DE RECOLHA DE RESÍDUOS HOSPITALARES DOS GRUPOS III E IV.

ASSINATURA:

POR FAVOR ENVIAR ESTA FICHA DE ADESÃO DEVIDAMENTE PREENCHIDA PARA O
FAX 239 449 440

NOTA: PARA MAIS INFORMAÇÕES DEVERÁ LIGAR O **808 501 525**

