



Governo dos Açores
Serviço Regional de Saúde

Registo de Utilizador de Entidade Privada

Após o seu preenchimento deve enviá-lo para o seguinte endereço eletrónico:

drs.pem.entidades@azores.gov.pt

Autorização do responsável da instituição

(Assinatura digital do responsável da instituição

OU

Assinatura manuscrita)

Instituição	
Nº Registo Entidade Reguladora Saúde	

Registo de utilizador

Nome completo			
Número de Identificação Civil			
Data de nascimento			
Telefone		Telemóvel	
E-mail			

Termos de utilização

O tratamento dos dados constantes deste documento é da responsabilidade da DRS, os quais se destinam exclusivamente à relação entre esta entidade e o titular da informação.

O titular terá livre acesso aos seus dados online, a partir da aplicação.

É da responsabilidade do titular manter a sua informação atualizada, nomeadamente as formas de contacto.

Declaração

Declaro que me foram prestadas todas as informações relativas à utilização dos meus dados e da presente aplicação e das garantias de confidencialidade e de acesso à informação pessoal armazenada na aplicação;

Declaro ainda serem verdadeiros os elementos fornecidos à aplicação relativos à minha pessoa e à minha situação profissional.

Data	
-------------	--

Assinatura do utilizador

Se a assinatura do responsável da instituição for realizada com o certificado digital do Cartão de Cidadão ou outro certificado legalmente reconhecido, a assinatura do utilizador pode ser digitalizada.