

DECLARAÇÃO

_____ declaro que me comprometo a
devolver ao Hospital Santa Maria Maior, E.P.E. – Barcelos, os Exames:

Hospital Santa Maria Maior, E.P.E., ____ / ____ / _____

O Requente /Utente

Despacho do R.A.I.

Data: ____/____/____

Hospital Santa Maria Maior, EPE – Barcelos

Campo da República – Apartado 181
4754-909 Barcelos
Telefone: 253 809 200 Fax: 253 817 379
e-mail: secadm@hbarcelos.min-saude.pt