



TERMO DE RESPONSABILIDADE

Eu, _____,
portador(a) do BI/Cartão de Cidadão nº _____, emitido em ____/____/____
e do Contribuinte Fiscal nº _____, nos termos do Regulamento de
Aluguer dos Espaços do Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge, declaro
assumir incondicionalmente total responsabilidade pela utilização do(s) espaço(s) e
equipamentos por mim seleccionados no Pedido de Cedência em anexo. Sendo assim
responsável pelo pagamento das taxas e licenças obrigatórias por Lei e das tarifas de
utilização previstas no regulamento acima referido, bem como pelo pagamento ou
reparação de quaisquer danos causados.

_____, ____/____/____

(assinatura do utilizador)