

REQUERIMENTO DE BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Ilmo(a) Sr(a)

Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado de Mato Grosso – CRF-MT

PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO DE TODOS OS CAMPOS

Profissional: Farmacêutico(a) Inscrição CRF-MT n.º:

Eu, _____ CPF: . . . -

Endereço: _____, N.º: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____ - Fone Cel.: () _____ -

E-mail: _____

Pelo presente, venho requerer o que discrimino abaixo:

“ **BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA** ”

No cargo de : _____ Tipo de vínculo com estabelecimento _____

NO ESTABELECIMENTO ABAIXO RELACIONADO

CNPJ: . . / - Razão Social: _____

Fantasia: _____ Endereço: _____ N.º: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ UF: _____ CEP: _____ -

e-mail de contato: _____

Neste termos pede deferimento.

Data , / / .

PARA USO EXCLUSIVO DO CRF-MT

SITUAÇÃO ATUAL

PROTOCOLO

Atendimento n.º: _____

Total de Página(s): _____

_____/_____/_____, às ____:____

Funcionário Responsável