



Ilmo(a) Sr(a)

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

DECLARAÇÃO DE FILIAÇÃO AO SINDESSMAT

Pelo presente instrumento particular, eu _____,

portador da cédula de identidade n.º :

órgão expedidor.:

UF:

e CPF sob o nº: : . . - , sou proprietário(a)/representante legal da empresa abaixo relacionada:

Razão Social:

e sob o CNPJ: . . / -

localizada no endereço:

N.º:

Bairro:

CEP:

- Cidade:

UF: **MT**

DECLARO para os devidos fins e para que produza os efeitos legais, que sou filiado ao **SINDESSMAT**, tendo ciência da decisão judicial proferida nos autos do **Processo n.º 2003.36.00.011050-3, 200436.00.007843-6 e 96.01.03785-3.**

DECLARO, ainda, estar ciente que ao solicitar o registro de responsabilidade técnica do farmacêutico junto ao Conselho Regional de Farmácia do Estado de Mato Grosso estarei sujeito à fiscalização deste profissional dentro da competência que fora conferida ao CRF/MT, no artigo 10, alínea “c” da Lei de n.º 3.820/1960, bem como ao recolhimento da anuidade em decorrência do registro da empresa realizado nos termos dos Artigos 5º e 6º da Lei de N° 12.514/2011.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente

Data, / /

Representante legal do estabelecimento