



Ilmo(a) Sr(a)

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

DECLARAÇÃO DE NÃO 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 **não** sou filiado ao **SINDESSMAT** (Sindicato dos Estabelecimentos de Serviços de Saúde do Estado de Mato Grosso).

Por ser expressão da verdade, firmo o presente

Data, / /

Representante legal do estabelecimento