

FORMULÁRIO N° 03

SEGUIR INSTRUÇÕES

- Todos os campos devem ser preenchidos (preencher em letra de forma ou legível)
- Não serão aceitos formulários fora do padrão ou desconfigurados, com rasuras, digitados e complementados à caneta. (apresentar sempre vias originais)

REQUERIMENTO PARA

REATIVAÇÃO DE INSCRIÇÃO

REGISTRO DE PESSOA JURÍDICA

CADASTRO SIMPLIFICADO DE PESSOA JURÍDICA

Ilmo. Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo - CRF-SP

Pelo presente venho requerer o que acima discrimino nos termos da Lei n° 3.820/60 e Lei n° 6.839/80:

Dados do ESTABELECIMENTO:

N° CRF-PJ:

Razão Social:			
Nome Fantasia:		CNPJ:	
Endereço:			
		N°	Compl.
Bairro:	Cidade:		Estado:
CEP:	Fone:	Cel.	E-mail:

Assinalar o Ramo de Atividade:

Drogaria

Farmácia Hospitalar

Farmácia Manipulação Alopática

Farmácia Privativa

Farmácia Manipulação Homeopática

Laboratório de Análises Clínicas

Farmácia Manipulação Alopática e Homeopática

Farmácia Privativa de Unidade de Saúde

Indústria de Medicamentos

Terceirizadora de mão de obra farmacêutica

Distribuidora (especificar):

Indústria (especificar):

Transportadora (especificar):

Outros (especificar):

Nestes termos, peço deferimento.

	,	de	de
Cidade		Dia	Mês
			Ano

Assinatura do sócio / representante legal

Carimbo e / ou nome legível

Documentos conferidos por:

Assinatura do funcionário