

FORMULÁRIO Nº 09

Nº
Func.

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.

REQUERIMENTO PARA BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA/ SUBSTITUTO

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

Dados do PROFISSIONAL:

Nome:		Nº CRF-PF:	
Endereço:		Nº:	Compl.
Bairro:	Cidade:	Estado:	CEP:
Fone:	Celular:	E-mail:	

Pelo presente, venho requerer o que abaixo discrimino:

Baixa de Responsabilidade Técnica

Baixa de Farmacêutico Substituto

Observações:

Dados do ESTABELECIMENTO:

Razão Social:		Nº CRF-PJ:	
Nome Fantasia:	Ramo de Atividade:		
Endereço:		Nº:	Compl.
Bairro:	Cidade:	Estado:	
CEP:	Fone:	E-mail:	

Nestes termos, peço deferimento.

	,	de	de	
Cidade		Dia	Mês	Ano

Assinatura do profissional

Carimbo e / ou nome legível

Documentos conferidos por:

Assinatura do funcionário