

FORMULÁRIO Nº 19

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 DE CERTIDÕES – PESSOA JURÍDICA

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

Dados do ESTABELECIMENTO:

Razão Social:		Nº CRF-PJ:	
Endereço:		Nº:	Compl.
Bairro:	Cidade:		Estado:
CEP:	Fone:	E-mail:	

Pelo presente, venho requerer o que abaixo discrimino:

Certidão Negativa de Débito

Certidão para fins de Licitação

Registro de Atestado de Capacidade Técnica

Outros, (especificar):

Nestes termos, peço deferimento.

_____	,	de	_____	de	_____
Cidade		Dia	Mês		Ano

Assinatura do profissional / representante legal

Carimbo e / ou nome legível

Documentos conferidos por:

Assinatura do funcionário