Fls._____

_____
Assinatura

SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO TOCANTINS – CRF-TO

DOC. 19

REQUERIMENTO DE BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

☐ **Requerimento pelo PROFISSIONAL** ☐ **Requerimento pelo ESTABELECIMENTO**

Ilmo. (a) Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado do Tocantins – CRF-TO

Dados da **RESPONSABILIDADE TÉCNICA**

Razão Social:	
Nome Fantasia:	
Nº CRF-TO ou CNPJ:	
Nome do Profissional:	
Nº CRF-TO:	Função:

DECLARO que a Responsabilidade Técnica acima indicada foi prestada até a seguinte data_____/_____/_____.

Obsevação (opicioal):

_____

_____

_____

_____

_____,_____de_____de 20_____.
Cidade *dia* *mês* *ano*

_____
Assinatura por extenso
Profissional ou Representante legal

:: *As assinaturas devem ser feitas por extenso. Em caso de rubrica deverá esta ter reconhecimento de firma* ::