Declaração de Estabelecimento Público REGISTRO | ALTERAÇÃO

Eu, **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.** inscrito (a) no CPF sob o nº , na qualidade de Gestor Público / Representante Legal da Assistência Farmacêutica **DECLARO** para fins de registro/alteração junto ao CRF-TO o estabelecimento, sob a responsabilidade técnica da **Dr(a). \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CRF- TO \_\_\_\_\_\_\_\_:**

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| Razão Social: | | | | | |
| Nome Fantasia: | | | | | |
| CNPJ: | | | | | |
| Endereço: | | | | | |
| Nº: | Bairro: | | Cidade: | | Estado:TO |
| CEP: | | Fone Responsável Legal: | | Fone Técnico: | |

, de de 20 .

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura e carimbo do representante legal

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Responsável Técnico