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