

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