Fls._____

_____
Assinatura

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

DOC. 04

TERMO DE RESPONSABILIDADE

Posto de Medicamentos – Deliberação CRF-TO nº 006/2008

Dados do **RESPONSÁVEL**

Nome Completo:			
Nacionalidade:		Sexo:	
Natural de:			
CPF:	RG:	Org. Exp.:	
Data de Nascimento:	Estado Civil:		
Filiação:			
Telefones:			
Endereço:			
Bairro:	Cidade:	Estado:	
CEP:	Fone: ( )	Fone: ( )	Cel: ( )
E-mail:			

ASSUMO a responsabilidade pelo presente termo, me compromissando a cumprir os dispositivos que regem o funcionamento de Postos de Medicamentos, e me responsabilizando pelo comércio de medicamentos, que será realizado unicamente com produtos industrializados em suas embalagens originais, e que constem da relação elaborada pelo Serviço Nacional de Fiscalização da Medicina e Farmácia e publicada no Diário Oficial da União, e que tenho ciência da Deliberação 006/2008 do CRF-TO que rege em âmbito estadual os Postos de Medicamentos.

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

_____
Assinatura por extenso do representante legal

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