Fls._____

_____
Assinatura

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

DOC. 05

DECLARAÇÃO DO FARMACÊUTICO

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

Dados do **FARMACÊUTICO**

Nome Completo:			
CPF:		CRF-TO nº	
Telefones:			
Endereço:			
Bairro:		Cidade:	Estado:
CEP:	Fone: ( )	Fone: ( )	Cel: ( )
E-mail:			

Dados do **RESPONSÁVEL e do POSTO DE MEDICAMENTOS**

Nome Completo:
CPF:
Razão Social:
Nome Fantasia:
CNPJ:

DECLARO que conheço o RESPONSÁVEL acima nominado, proprietário do Posto de Medicamentos também referenciado, e que o RESPONSÁVEL detém a capacidade mínima necessária para promover a dispensação de medicamentos.

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

_____
Assinatura por extenso do Farmacêutico

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