**SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL**

CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO TOCANTINS – CRF-TO

Fls. Assinatura

DECLARAÇÃO DO FARMACÊUTICO

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

Dados do **FARMACÊUTICO**

**DOC. 05**

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 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* ::