



CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO PARÁ E AMAPÁ

REQUERIMENTO DE BAIXA

ILMO.SR.

PRESIDENTE DO CRF-PA/AP

NESTA.

REQUERIMENTO

Eu, _____, farmacêutico (a),
inscrito neste CRF-PA/AP sob o nº _____, vem solicitar Baixa de Responsabilidade
Técnica da Firma _____
de Nome de Fantasia _____,
sito à _____
bairro _____, na cidade de _____ estado do
Pará.

Belém, _____ de _____ de _____

FARMACÊUTICO (A)

CRF-PA/AP Nº _____