

Req. Mod. 11

Nº do Registro _____

Sr. Presidente do CRF- BA – Conselho Regional de Farmácia da Bahia

Razão Social:

Fantasia: _____ () Matriz / () Filial

CNPJ: _____ Inscrição estadual: _____

Endereço: _____

Bairro: _____

Cidade: _____ CEP: _____

Tel.: () _____ Fax () _____ e-mail: _____

Ponto de referência: _____

Natureza da Atividade: () Drogeria / () Distribuidora / () Industria

() Farmácia: _____ () Laboratório de: _____

() Outros _____

Registro na JUCEB: _____ Data: _____

Capital Social: _____

Sócio/Proprietário: _____ Tel.: () _____

End.: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____ e-mail: _____

Sócio/Proprietário: _____ Tel.: () _____

End: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____ e-mail: _____

Horário e dias da semana de funcionamento do estabelecimento: _____

Farmacêutico Titular: _____ Inscrição CRF: _____

Farmacêutico Substituto: _____ Inscrição CRF: _____

Vem requerer seu () registro / () regularização, nos termos da Lei nº 3820, de 11 de novembro de 1960.

_____ de _____ de _____

Sócio/Proprietário

[A documentação só será aceita com o preenchimento completo do formulário e sem rasuras.]