

## Req. P.M.

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: Posto de Medicamento

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:

Vem requerer seu cadastramento neste Regional.

\_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Sócio/Proprietário

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