

# Declaração de Residência

Farmacêutico(a):		Inscrição nº	
Residente à:			
Bairro:		CEP.:	
Cidade:		UF:	Tel. ( )
Celular: ( )		e-mail:	
declara para fins de comprovação junto ao Conselho Regional de Farmácia do Estado da Bahia, que reside no endereço acima citado.			

Solicito que minhas correspondências sejam enviadas para o endereço abaixo:			
( ) Para minha residência.			
Bairro:		CEP.:	
Cidade:		UF:	
Tel. ( )		Celular: ( )	

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

\_\_\_\_\_  
Farmacêutico(a)

Conselho Regional de Farmácia do Estado da Bahia

\_\_\_\_\_  
Visto Delegado Honorário do CRF/BA  
(carimbo)

Para que o Delegado Honorário dê o visto nesta declaração é indispensável que o farmacêutico apresente comprovante de residência (conta de água, luz, telefone, outros.)

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