



## ANEXO I

### Formulário de entrega/recebimento dos produtos de higiene doados

#### TERMO DE RECEBIMENTO

Doador: Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo
Donatário (Razão Social): Prefeitura Municipal de
CNPJ:
Data da retirada/entrega:
Responsável pela retirada/entrega (nome e CPF, anexar procuração):

DECLARO, para os devidos fins de direito e sob advertência do artigo 299 do Código Penal que recebi os itens abaixo relacionados por meio de doações do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo, CRF-SP:

Itens	Quantidade de cada item


Informo que os itens acima relacionados terão a seguinte destinação:

---

---

---

---

---

Local, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ 2022

---

Assinatura do Representante Legal da Prefeitura Municipal de \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

RG: \_\_\_\_\_