

FORMULÁRIO Nº 30 (PARTE EMPRESA)

SEGUIR INSTRUÇÕES

- Todos os campos devem ser preenchidos corretamente (com letra de forma ou legível). Tracejar todos os campos não utilizados.
- Não serão aceitos formulários fora do padrão ou desconfigurados, com rasuras, digitados e complementados à caneta.

REQUERIMENTO DE:

Assunção de Responsabilidade Técnica

Alteração de Horário

Assunção de Farmacêutico Substituto

Renovação de Certidão de Regularidade

Assunção de Farmacêutico Substituto Eventual

Dados do ESTABELECIMENTO:		CRF-PJ:	
Razão Social (Ente Público):		CNPJ:	
Razão Social (Gerente/Administrador/Terceiro/OS/Oscip):		CNPJ:	
Nome Fantasia:	Ramo de Atividade:		
Endereço:			
		Nº	Compl.
Bairro:	Cidade:		Estado:
CEP:	Fone:	Cel.:	E-mail:

DECLARAÇÃO DE HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO DO ESTABELECIMENTO

Ilmo. Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo - CRF- SP

O proprietário/ representante legal, abaixo assinado, DECLARA ter conhecimento de que a omissão de qualquer informação ou declaração falsa no presente documento sujeitar-se-á à ação criminal pelo cometimento do crime de "falsidade ideológica" prevista no Art. 299 do Código Penal Brasileiro, declarando ainda que, o horário de funcionamento é:

ROTINA:	Horário de Abertura	Horário de Fechamento
SEGUNDA		
TERÇA		
QUARTA		
QUINTA		
SEXTA		
SÁBADO		
DOMINGO		

PLANTÃO:	Horário de Abertura	Horário de Fechamento
SEGUNDA		
TERÇA		
QUARTA		
QUINTA		
SEXTA		
SÁBADO		
DOMINGO		

OBS:

_____, de _____ de _____
Cidade Dia Mês Ano

Assinatura do sócio / representante legal

Carimbo e /ou nome legível

Documentos conferidos por:
Assinatura do funcionário