

DECLARAÇÃO – HOMEOPATIA

Eu, Dr (a). _____

CRF-SP _____, que possuo Especialização em Homeopatia/Habilitação em Homeopatia, devidamente informada e deferida pelo CRF-SP, conforme constante em meu cadastro, DECLARO que no estabelecimento de Razão Social _____

no endereço _____,

a manipulação de medicamentos homeopáticos somente ocorrerá na minha presença e sob minha supervisão direta.

(Assinatura)

_____ .

(Nome Legível)

Data: