

ANEXO I

Formulário de entrega/recebimento dos alimentos doados

TERMO DE RECEBIMENTO

Doador: Conselho Regional de Farmácia do Estado de São Paulo
Donatário (Razão Social): Cruz Vermelha/Prefeitura de São Paulo
CNPJ:
Data da retirada/entrega: 26/05//2021
Responsável pela retirada/entrega (nome e CPF):

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:

ITEM	QTDE	PESO APROXIMADO DA CESTA	PESO TOTAL APROXIMADO
CESTA FECHADA	31	10,7 KG	331,7 KG

Informo que os itens acima relacionados terão a seguinte destinação:

São Paulo, 25 de maio de 2021.

 

Assinatura do Representante Legal da Prefeitura Municipal/Cruz Vermelha

Nome: Gustavo  - Coordenador de Eventos SMDHC

RG: 