

## Req. Mod. 11

Nº do Registro \_\_\_\_\_

Sr. Presidente do CRF- BA – Conselho Regional de Farmácia da Bahia

Razão Social:	
Fantasia:	( ) Matriz ( ) Filial
CNPJ:	Inscrição estadual:
Endereço:	
	Bairro:
Cidade:	CEP:
Tel.:( )	Fax ( ) e-mail:
Ponto de referência:	
Natureza da Atividade: ( )Farmácia ( )Drogaria ( ) Distribuidora ( ) Indústria ( ) Laboratório ( ) Posto de Coletas ( ) Outros	
Capital Social:	
Sócio/Proprietário:	
CPF:	Telefone ( )
End.:	
Bairro:	CEP:
Cidade:	e-mail:
Sócio/Proprietário:	
CPF:	Telefone ( )
End:	
Bairro:	CEP:
Cidade:	e-mail:
Dias e Horário de funcionamento do estabelecimento:	
Conselho Regional de Farmácia do Estado da Bahia	
Farmacêutico(a) Titular:	CRF-BA:
Farmacêutico(a) Substituto:	CRF-BA:
Farmacêutico(a) Substituto:	CRF-BA:
Farmacêutico(a) Substituto:	CRF-BA:
Vem requerer seu ( )registro/( )regularização, nos termos da Lei nº 3820, de 11 de novembro de 1960.	
_____ de _____ de _____	
_____	
Sócio/Proprietário	

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