

ANEXO III

Requerimento de Estabelecimento Público

Nº do CADASTRO:

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

Nome do Estabelecimento:		
Nome da Mantenedora (Razão social):		
CNPJ:		
Endereço:		
Bairro:	Cidade:	
CEP:	Tel.:	Fax:
E-mail:		
Ponto de Referência:		
Natureza da Atividade:		
() Farmácia	() Farmácia Hospitalar ou afim	() Laboratório
() Central de Abastecimento Farmacêutico (CAF)		
Horário e dias da semana de funcionamento do estabelecimento:		
Farmacêutico Titular:		
Inscrição CRF:		
Farmacêutico Substituto:		
Inscrição CRF:		
Vem requerer: () Cadastro () Regularização, nos termos da Lei nº 3820, de 11 de novembro de 1960.		

Local e data: _____, _____ de _____ de _____

Assinatura e carimbo do Representante Legal