

Il.^{mo} Sr. Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado de Alagoas.

_____, brasileiro(a), estado civil _____
farmacêutico(a), inscrito(a) neste Regional sob nº _____, portador do CPF nº _____
_____, vem mui respeitosamente solicitar que V.S.^a, se digne conceder baixa de
responsabilidade técnica nos termos da Legislação em vigor, da firma _____
_____. CGC nº _____
localizada à _____
bairro _____ cidade _____
CEP _____ - _____ Fone: (____) _____ - _____.

Nestes Termos
Pede Deferimento:

Farmacêutico

Ciente em: ____/____/2010

Proprietário

Data de entrada: ____/____/2010

Visto CRF/AL: _____