**SOLICITAÇÃO DE CADASTRO**

**CONSULTÓRIO FARMACÊUTICO - PESSOA FÍSICA**

Eu \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, farmacêutico(a) inscrito(a) sob o número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ CPF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, solicito ao CRF/AL o cadastro do Consultório Farmacêutico: Endereço do Consultório: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Bairro: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_CEP: \_\_\_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_\_

E-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_Telefone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_.

Atividade principal a ser desenvolvida no consultório farmacêutico:

***(marcar apenas uma opção)***

( ) Farmácia Clínica

( ) Práticas Integrativas e Complementares

( ) Saúde Estética

( ) Acupuntura

( ) Ozonoterapia

Declaro a veracidade das informações prestadas nos campos acima, ciente das consequências legais deste ato.

Declaro que para o exercício das atividades na qual é necessária a habilitação, deverei estar devidamente habilitado, de acordo com as legislações vigentes do Conselho Federal de Farmácia.

Declaro ter conhecimento que deverei formalizar ao CRF/AL, o fim da atividade do presente estabelecimento, sob pena de responsabilização profissional de acordo com que dispõe a Lei Federal 3820/60 e as Resoluções do Conselho Federal de Farmácia.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Farmacêutico

**Nestes termos, pede deferimento.**

Maceió, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_20\_\_