

LOGOTIPO DA
FARMACIA

NOME FANTASIA
Razão Social
CNPJ: 00.000.000./0000-00
Endereço Completo
Farmacêutico Responsável CRF/PR

SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA COMÉRCIO DE MEDICAMENTOS DA LISTA “C2” DA PORTARIA 344/98

Eu, (Nome do Farmacêutico Responsável) , inscrito no CRF/PR sob nº (Número) farmacêutico responsável técnico pelo estabelecimento: (Razão Social) , inscrito sob CNPJ: (Número de CNPJ) , localizada na Rua: (Endereço Completo) , o qual possui como Responsável Legal: (Nome do Responsável Legal) , RG: (Número) , venho por meio deste solicitar autorização, perante as autoridades sanitárias, para o comércio de medicamentos das lista – C2 – anexo da Portaria nº 344 de 12 de maio de 1998 e suas atualizações.

Toledo, XX de XXXXXXXXX de XXXX.

Nome do Responsável Legal

Nome do Responsável Técnico