CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA
ESTADO DO RIO DE JANEIRO - CRF-RJ.

PROTOCOLO GERAL
Nº
DATA: / /
FUNCIONÁRIO - CARIMBO

Ilmo. Sr. Presidente do
Conselho Regional de Farmácia do Estado do Rio de Janeiro – CRF-RJ.

NOME:	CRF-RJ Nº
ENDEREÇO:	

Vem Requerer a V. Sa.:

Que seja concedida a isenção do visto de Assunção de Responsabilidade Técnica deste estabelecimento. Para tanto, anexar cópia da contribuição associativa da ASCOFERJ. Requer ainda que seja expedido o Certificado/Certidão de regularidade do CRF-RJ, sem que haja qualquer pagamento de taxas, conforme sentença publicada em 11/07/2006, que desobriga os associados da ASCOFERJ ao pagamento das taxas instituídas pela Resolução nº. 441/05

E. DEFERIMENTO

Rio de Janeiro, _____.

_____

Assinatura
PROPRIETÁRIO