

REQUERIMENTO DE BAIXA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Senhor Presidente do CRFMG,

Eu, _____ inscrito (a)
neste regional sob o nº _____, de acordo com a Resolução 14/2024 do CFF
comunico que a partir desta data, ____/_____/_____ deixo de exercer a
responsabilidade técnica pelo estabelecimento/empresa
CNPJ: _____ nº de cadastro do CRF/MG: _____,
Razão Social _____
Endereço: _____

Atenciosamente,

.....
Assinatura do (a) Farmacêutico (a)

.....de 20.....
Local e data