

Ao Ilmo (a). Sr (a):

Presidente do Conselho Regional de Farmácia de Minas Gerais.

Eu, _____,

Proprietário (a) do **Posto de Medicamentos**, registrado no CRF/MG sob o Número _____ situado à Rua _____ n.º _____ Cidade _____ UF _____ Distrito _____, CEP _____, vem, mui respeitosamente, requerer o **Certificado de Atividade Regular**, para o exercício de _____.

Termos em que pede e espera deferimento.

_____, _____ de _____ de _____.
Local e data

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO

Contatos:

E-mail: _____

Telefone: _____