



REQUERIMENTO DE TRANSFERÊNCIA DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

Ilmo.(a) Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado da Paraíba - CRF- PB

O(a) Profissional Farmacêutico(a):

NOME:		Nº CRF-PB:	
-------	--	------------	--

Responsável Técnico na qualidade de:

<input type="checkbox"/> FARMACÊUTICO DIRETOR TÉCNICO	<input type="checkbox"/> FARMACÊUTICO ASSISTENTE TÉCNICO
<input type="checkbox"/> FARMACÊUTICO SUBSTITUTO:	<input type="checkbox"/> FARMACÊUTICO PLANTONISTA
<input type="checkbox"/> FARMACÊUTICO SUBSTITUTO TEMPORÁRIO NO PERÍODO DE:	_____ A _____

Junto a Empresa/Estabelecimento:

RAZÃO SOCIAL:		Nº CRF-PB/PJ:	
NOME DE FANTASIA:			
RAMO DE ATIVIDADE:		CNPJ:	
ENDEREÇO:			
BAIRRO:		CIDADE:	UF:
CEP:		FONE:	E-MAIL:

Venho requerer, com a anuência do proprietário/representante legal, para fins de atualização de dados cadastrais, a transferência de minha responsabilidade acima informada, para outra unidade da mesma empresa abaixo descrita:

RAZÃO SOCIAL:		Nº CRF-PB/PJ:	
NOME DE FANTASIA:			
RAMO DE ATIVIDADE:		CNPJ:	
ENDEREÇO:			
BAIRRO:		CIDADE:	UF:
CEP:		FONE:	E-MAIL:

Na qual exercerei minha função técnica na qualidade de:

<input type="checkbox"/> FARMACÊUTICO DIRETOR TÉCNICO	<input type="checkbox"/> FARMACÊUTICO ASSISTENTE TÉCNICO
<input type="checkbox"/> FARMACÊUTICO SUBSTITUTO:	<input type="checkbox"/> FARMACÊUTICO PLANTONISTA
<input type="checkbox"/> FARMACÊUTICO SUBSTITUTO TEMPORÁRIO NO PERÍODO DE:	_____ A _____

Com o Seguinte Horário de Assistência Técnica Farmacêutica:

Domingo	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado
às	às	às	às	às	às	às
às	às	às	às	às	às	às

_____, _____ de _____ de 20____
Local e Data:

 Assinatura do(a) Farmacêutico(a)

 Assinatura do Proprietário/Representante Legal da Firma