

Ilmo(a). Sr(a):

Presidente do CRF-MG – CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA
BELO HORIZONTE – MG

Eu, _____,

Proprietário(a) do **Posto de Medicamentos**, situado na rua _____

_____ n° _____

Cidade _____ UF _____

Distrito _____, CEP _____,

venho, mui respeitosamente, requerer de V.Excia o registro do Posto
de Medicamentos acima.

Termos em que

Pede e espera deferimento.

_____, _____ de _____ de _____.

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO