PEDIDO DE RECONSIDERAÇÃO AO PLENÁRIO

Farmacêutico(a):	CRFMG Nº:
Representante Legal:	
Razão Social:	REGISTRO Nº:

Ao Plenário do Conselho Regional de Farmácia do Estado de Minas Gerais – CRFMG

- O farmacêutico deseja participar da reunião do Plenário? □ **Sim** □ **Não**

(Caso o espaço para redigir não seja suficiente, anexar outro(s) formulário(s) assinado(s))

_____, _____de_____ de_____

_____ _____

Assinatura Farmacêutico(a) CRFMG Assinatura Representante Legal

Disponível em www.crfmg.org.br/Acesso Rápido/ Requerimentos