

Pedido de Registro de Posto de Medicamento no CRF/MG

Razão Social: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ Cidade: _____ CEP: _____ - _____

CNPJ: _____ N.º de registro na JUCEMG: _____

E-mail: _____ Telefone: _____

Obs. JUCEMG (Junta Comercial do Estado de Minas Gerais)

Declaramos a veracidade das informações prestadas nos campos acima, cientes das consequências legais deste ato.

Representante Legal

Local e data