**REQUERIMENTO DE REGISTRO DE CLÍNICA VETERINÁRIA**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Data de Registro \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |  | Registro nº: \_\_\_\_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_ |

Ao Senhor Presidente do Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado do Acre – CRMV-AC,

|  |  |
| --- | --- |
| **DADOS DO**  **ESTABELECIMENTO** | Razão Social do Estabelecimento |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| CNPJ/CPF | Capital Social: R$ | E-mail |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| Nome Fantasia |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Proprietário e/ou Responsável | CPF do Proprietário e/ou Responsável |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Endereço do Estabelecimento (Rua n.º Caixa Postal) | Bairro |
|  |  |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Município/UF | Cep | DDD e Telefone |
|  |  |  |

|  |
| --- |
| Ramo de Atividade (Preenchimento Obrigatório) |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| Nome do Responsável Técnico | Número de Inscrição no CRMV-AC |
|  |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Jornada de Trabalho Semanal | Vínculo |
|  | Prestação de Serviços Empregado Sócio Proprietário |

|  |
| --- |
| Local e Data |
|  |

Declaro, sob as penas da lei, que as informações aqui prestadas são a expressão da verdade.

|  |  |
| --- | --- |
| **ASSINATURAS** | \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Proprietário ou Responsável |