REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO REGISTRO

NOME DA EMPRESA_____

CNPJ Nº _____CRMV/RO_____

Rua/Av.: _____

Cidade: _____ CEP: _____

UF: _____, FONE: ( ) _____ FAX: _____

REQUEIRO o cancelamento de registro, pelos motivos a seguir indicados: _____

_____

_____

_____

_____

_____

Estou ciente que, conforme da Resolução do CFMV nº 1041/13 em seu art.38, "A anuidade é devida inclusive no exercício em que se o cancelamento. Se requerido até 31 de maio, serão devidos apenas os duodécimos da anuidade relativa ao período vencido. Em nenhuma hipótese será devolvida a anuidade".

_____ _____,_____/____/_____

Assinatura Legível Local Data

ATENÇÃO ANEXAR:

Conforme Art.35 da Resolução 1041/13 do CFMV:

a) Comprovante da baixa de suas atividades perante a Junta Comercial ou Cartório de Registro Civil, ou Receitas Federal, Estadual e/ou Municipal;
b) Copia autenticada da alteração do contrato social constando á exclusão do seu objetivo social a atividade ligada a Medicina Veterinária ou Zootecnia.