SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA DO ESTADO DE RONDÔNIA
CRMV-RO

REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE REGISTRO DE CONSULTÓRIO VETERINÁRIO NO CPF

Dados do estabelecimento:

CPF: _____Nº inscrição CRMV-RO: _____

Nome do proprietário: _____

Nome fantasia: _____

Endereço do estabelecimento:_____Bairro:_____

Município/UF: _____CEP: _____

E-mail:_____Telefone:_____

Senhor Presidente,

Venho à presença de Vossa Senhoria requerer o cancelamento de registro neste CRMV-RO, pelo(s) motivo(s) a seguir indicados:

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

DECLARO, sob as penas da lei, que não exercerei a atividade de consultório veterinário e nem qualquer atividade rotineira ou esporádica peculiar à Medicina Veterinária neste estabelecimento, ciente de que se constatada retorno da atividade sem reativação do registro responderei processo ético profissional e multa.

Nesses termos, peço o deferimento.

Assinatura:_____ Data:___/___/_____