



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA DO ESTADO DE MS

REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE REGISTRO DE CONSULTÓRIO NO CPF

Dados do estabelecimento:

CPF:

Nº inscrição CRMV-UF:

Nome do proprietário:

Nome fantasia:

Endereço do estabelecimento:

nº:

Bairro:

Município/UF:

CEP:

E-mail:

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

Motivos: _____

Nesses termos, peço o deferimento.

Assinatura: _____ Data: __/__/__