 SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA DO ESTADO DE MS

**REQUERIMENTO DE CADASTRO DE ESTABELECIMENTO**

Dados do estabelecimento:

Tipo de estabelecimento:

( ) Produtor Rural/CPF ( ) Administração Pública ( ) Outro

CNPJ ou CPF:

Razão social:

Nome fantasia:

Endereço do estabelecimento: nº:

Bairro:

Município/UF: CEP:

E-mail: Telefone: ( )

Endereço de correspondência: nº

Bairro:

Município/UF: CEP:

Atividades a serem cadastradas:

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

Assinatura:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Data:\_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_\_