 SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL

 CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA DO ESTADO DE MS

 **REQUERIMENTO DE REGISTRO DE ESTABELECIMENTO**

Dados do estabelecimento:

Tipo de estabelecimento:

( ) Matriz ( ) Filial ( ) Consultório CPF

CNPJ ou CPF: Capital Social:

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 registradas:

Caso seja um estabelecimento veterinário, identificar o tipo:

( ) Consultório

( ) Clínica com: Internação ( ) Diurna ou ( ) Integral,

( ) Com isolamento ou ( ) sem isolamento,

( ) Com cirurgia ou ( ) Sem cirurgia

( ) Hospital

Declaro, sob as penas da lei, que as informações aqui prestadas são a expressão da verdade. Declaro, por fim, que estou ciente do dever de comunicar a esse Regional o fim das atividades deste estabelecimento.

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