

ANEXO VI



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA
DO ESTADO DE _____
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:

Bairro:

Município/UF:

CEP:

E-mail:

Telefone: ()

Endereço de correspondência:

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: __/__/__