

AO PRESIDENTE DA COMISSÃO ELEITORAL DO CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA
DO ESTADO DO MARANHÃO

brasileiros(as), farmacêuticos inscritos(as) no CRF/MA, respectivamente sob o nº _____,

nº _____, nº _____, nº _____, CPF's nº _____,

_____, _____, _____,

e-mails: _____, _____,

_____, _____,

abaixo assinados, residentes e domiciliados em _____,

_____, _____,

_____, Estado do Maranhão, e em pleno gozo de seus

direitos profissionais, requerem a V.S.^a que se digne inscrevê-los como candidatos à Diretoria, para

mandato de _____ a _____, na chapa assim composta:

CHAPA Nº _____ (para uso do Presidente da CER).

NOME(se houver): _____.

_____ Presidente

_____ Vice-Presidente

_____ Secretário(a) Geral

_____ Tesoureiro(a)

Nestes termos, pede deferimento.

São Luís/Ma,de 2015

assinatura

assinatura

assinatura

assinatura