

ILM^a SR^a. PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO MARANHÃO – CRF-MA.

ASSUNTO: FORMULÁRIO PADRÃO DE REQUERIMENTO DE MUDANÇA DE ENDEREÇO DE FIRMA.

Razão Social:.....

Nome de Fantasia:

CNPJ:/.....-....., Insc. Estadual:

Novo Endereço:.....

.....

(Rua, Av. ou Pça. Qda., nº)

Bairro:.....Fone().....Fax().....

CEP:.....Cidade:.....Estado:.....

Comunico a Vossa Senhoria, a mudança de endereço da empresa acima, conforme cópia da Alteração em anexo.

São Luís-MA ,.....dede

Atenciosamente,

Representante Legal (com firma reconhecida)

Sede CRFMA

Rua Faveiros, Quadra. B, número 7 - São Francisco São Luís - MA CEP: 65075-270.

Fone:

(98) 2107-3850/2107-3851

Fax:(+55 98) 2107-3852

Atendimento ao público:

Segunda à sexta das 9h às 17h.

Seccional Imperatriz

Avenida Dorgival Pinheiro de Sousa, n. 1163, sala 01 – Centro Imperatriz – MA CEP: 65903-279.

Fone/Fax:

(99) 3221-8981 e 3221-8989

Atendimento ao público:

Segunda à sexta das 8h às 12h e 14h às 18h.

Seccional Balsas

Av. Catulo, n. 170 Equatorial Shopping Center, 2º Piso - Sala 17, Balsas-MA CEP: 65800-000.

Fone:

(99) 3541-3891

Atendimento ao público:

Segunda à sexta das 14h às 18h.