



CONSELHO FEDERAL DE FARMÁCIA
CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO
Rua Amélia , 50 - Espinheiro – fone/Fax 3426-8540 RECIFE -PE
CNPJ. 09.822.982/0001-71

REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO PARA CONSELHEIRO REGIONAL

A PRESIDENTE DA COMISSÃO REGIONAL ELEITORAL DO CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DE PERNAMBUCO

_____,
brasileiro(a), inscrito no CRF/PE, sob o nº _____, CPF nº _____,
farmacêutico(a), *e-mail*: _____, quite com a
tesouraria do Conselho Regional de Farmácia do Estado de Pernambuco, bem como
atendendo os demais requisitos impostos pelo Edital nº 01 do CRF/PE de 12 de julho
de 2017, publicado no DOU de 13 de julho de 2017, vem requerer inscrição ao cargo
de Conselheiro Regional do CRF/PE, nos termos do Regulamento Eleitoral.

Nome: _____

Cargo: _____

Mandato: _____

Nestes termos,
Pede Deferimento.
Recife, _____ de agosto de 2017.

(Assinatura do candidato a Conselheiro Regional)
