

ANEXO VII



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA
DO ESTADO DE _____
REQUERIMENTO DE CANCELAMENTO DE REGISTRO DE CONSULTÓRIO NO CPF

Dados do estabelecimento:

CPF: _____ Nº inscrição CRMV-UF: _____
Nome do proprietário:
Nome fantasia:
Endereço do estabelecimento: _____ Bairro: _____
Município/UF: _____ CEP: _____
E-mail: _____

Senhor Presidente,

Venho à presença de Vossa Senhoria requerer o cancelamento de registro neste CRMV-UF, pelo(s) motivo(s) a seguir:

Motivos:

Nesses termos, peço o deferimento.

Assinatura: _____ Data: __/__/__