

REQUERIMENTO DE HABILITAÇÃO PARA A COMERCIALIZAÇÃO DE ANTÍGENOS E TUBERCULINAS NO ESTADO DE RONDÔNIA

INFORMAÇÕES CADASTRAIS

Nº do Credenciamento na IDARON:

Nome Fantasia:

Razão Social:

Nº do CNPJ:

**INFORMAÇÃO REFERENTE AO RESPONSÁVEL TÉCNICO DA REVENDA
(caso houver)**

Nome do Responsável Técnico:

Nº do CRMV:

Telefone (s):

E-mail:

Cidade/ Estado:

Responsável Técnico credenciado no
SIS-PECEBT:

SIM NÃO

DECLARAÇÃO: Declaro para os devidos fins que conheço plenamente a legislação relacionada à comercialização e distribuição de antígenos e tuberculinas no estado de Rondônia.

Carimbo e Assinatura do Responsável pela Empresa

Carimbo e Assinatura do Responsável Técnico da Empresa

CIENTE DO SERVIDOR DA IDARON

_____, ____/____/____.

(Local e Data)

Carimbo e Assinatura do servidor da Idaron