



TERMO DE ATUALIZAÇÃO DE RESPONSÁVEL TÉCNICO DE LOJAS REVENDEDORAS DE VACINAS E QUIMIOTERÁPICOS

Nome do Estabelecimento (fantasia) _____

Razão Social _____

Endereço: _____

Município _____ Tel.: _____

CNPJ nº _____, Inscrição Estadual nº _____

Registro SIAPEC nº _____

Responsável Técnico _____

CRMV-BA _____, CPF _____, RG _____

Endereço: _____

Município: _____, Tel.: _____

E-mail: _____, Cel.: _____

Local e data, _____, ____ / ____ / ____

Nome legível ou carimbo

Assinatura do RT ou responsável da loja

Assinatura do servidor da ADAB/Carimbo