JUSTIFICATIVA DE AUSÊNCIA DO FARMACÊUTICO

Ilmo(a) Sr(a). PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DA PARAÍBA

FARMACEUTICO	CRF-PF

Venho por meio desta JUSTIFICAR a minha ausência de acordo com:

Nº do Termo de Visita/Verificação	DATA	HORA	FISCAL
	/ /	:	

Onde assumo a responsabilidade técnica pela firma:

RAZAO SOCIAL	CRF-PJ

NOME DE FANTASIA	ENDEREÇO

BAIRRO	CIDADE	CEP	TELEFONE

Motivo da Ausência:

Local e Data	Assinatura do farmacêutico