TERMO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

DECLARAÇÃO

( ) DIRETOR TÉCNICO ( )ASSISTENTE TÉCNICO

Declaro junto a Vigilância Sanitária do Estado, que

Nome: **– CRF/MS Nº:**

CPF: **RG:**

Residente no endereço:

Bairro: **Município:**

CEP **Telefone de contato (celular):** **Fixo Residencial:**

E-mail pessoal:

Responderá pelo serviço de farmácia hospitalar: atuará como responsável técnico ou diretor técnico

Razão Social:

Nome de fantasia:

CNPJ: **CNES:**

Endereço:

Bairro: **Município:**

CEP: **Fone:**

E-mail institucional: **Horário de Funcionamento:**

Horário de Trabalho no Estabelecimento:

De Segunda a Sexta-feira: das ____:____ às ____:____ e das ____:____ às ____:____ e das ____:____ às ____:____.

Nos Finais de Semana: Sim ( ). Não ( ). Se Sim, no Sábado das ___:___ às ___:___no Domingo das ___:___ às ___:___

( ) Sábado/domingo alternado: das ____:____ às ____:____

Em conformidade com art. 6º, I da Lei Federal nº 13.021/14 e arts. 209, X e 236 caput da Lei Estadual 1.293/92.

Município de _____/MS, _____ de _____ de 2022.

_____

Assinatura e Nome completo/Carimbo do Farmacêutico Responsável Técnico