Modelo de Declaração de ciência do proprietário – Responsável Legal para baixa de R.T. de farmácias/drogarias

(exigido pelo Artigo 21- RE 590/14)

DECLARAÇÃO DE CIÊNCIA

Ponta Grossa, ___ de _____ de 20____

À Coordenadoria de Vigilância Sanitária
Fundação Municipal de Saúde
Prefeitura Municipal de Ponta Grossa

Eu,_____
Rg nº_____, CPF nº_____ (responsável legal ou representante legal) do estabelecimento, Razão social_____, nome fantasia_____, estabelecido no endereço_____, CNPJ nº_____ declaro para os devidos fins estar ciente da paralisação das atividades relativas a dispensação de medicamentos controlados (Port. 344/98) e atualizações e adoção dos procedimentos conforme determina os artigos 18 e 22 da Resolução estadual nº 590 de 10/09/2014, que estabelece norma técnica para abertura, funcionamento, condições físicas, técnicas e sanitárias de farmácias e drogarias no Paraná.

_____
Do Responsável legal do estabelecimento (proprietário)
ou
Representante legal com procuração vigente