



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DE RONDÔNIA

Anexo II

Formulário de solicitação de convênio e parceria

Razão Social:	
Nome Fantasia:	
Endereço	
CNPJ:	
Inscrição Municipal:	
Telefone:	
E-mail:	
Site:	
Responsável: Rg:	
CPF:	
Relação de documentos (previstos no edital)	
Descrição resumida dos serviços/produto, proposta de convênio, descontos, condições de parcelamento etc....	

O Interessado reconhece que o representante legal abaixo referido possui poderes de representação e assume, para todos os fins legais, toda e qualquer responsabilidade decorrente da assinatura deste documento.

O Interessado declara ainda estar ciente e que dá plena concordância às condições contidas no Edital.

Assinatura do responsável da empresa