

MODELO
(INserir LOGOMARCA DA EMPRESA)
DECLARAÇÃO DE HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

Sr.(a) Presidente do CRF/SE – Conselho Regional de Farmácia de Sergipe

Declaramos para os devidos fins que o estabelecimento

De CNPJ: _____, situada no (a)

Nº _____, bairro: _____, CEP: _____,

Cidade: _____ Estado: _____, funciona de segunda
a sexta-feira, no horário de _____ às _____ e das _____ às _____ e das
_____ as _____, Sábado de _____ às _____ e das _____ as _____ e
domingo de _____ às _____ e das _____ as _____.

Reconhecer firma

Aracaju(SE), ____ de _____ de 20__

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO