DEFESA CONTRA AUTO DE INFRAÇÃO

Sr. Presidente do Conselho Regional de Farmácia do Estado de Sergipe – CRF/SE

RAZÃO SOCIAL:	CNPJ:
ENDEREÇO:	BAIRRO:
CIDADE:	TELEFONE:
Nº DO AUTO DE INFRAÇÃO:	DATA DO AUTO DE INFRAÇÃO:
DOCUMENTOS ANEXO: ( ) SIM ( ) NÃO	

Venho apresentar a V.S. a Defesa de Auto de Infração:

Aracaju(SE), ____ de _____ de 20___

_____

ASSINATURA DO PROPRIETÁRIO