

DECLARAÇÃO AUTORIZADORA

Eu, _____,

RG n° _____ autorizo, de acordo com o preconizado na Portaria n° 1.554/2013 que regulamenta o Componente Especializado da Assistência Farmacêutica, os representantes abaixo relacionados a me representarem na Farmácia de Medicamentos Especializados DR-7 CAMPINAS para formalização da solicitação de medicamentos, renovação da continuidade de tratamento e retirada de medicamentos.

REPRESENTANTE - 1

Nome Completo: REPRESENTANTE DO MUNICÍPIO DE JUNDIAÍ

N° Documento de Identidade (RG):

Endereço :Rua Marechal Deodoro da Fonseca n°836 -Primeiro Andar
Jundiaí-SP CEP13201-002

Telefones para contato: (11)4431-6500 - OPÇÃO 3

REPRESENTANTE - 2

Nome Completo:

N° Documento de Identidade (RG):

Endereço Completo

Telefones para contato:

REPRESENTANTE - 3

Nome Completo:

N° Documento de Identidade (RG):

Endereço Completo:

Telefones para contato:

Data: ____/____/____

Assinatura: _____