



Conselho Regional de Biomedicina - 6ª Região

Rua Padre Anchieta, 2.454, CJ 1703 - Bigorriho

80730-000 Curitiba-PR

41 3359-9341

REQUERIMENTO DE ASSUNÇÃO DE RESPONSABILIDADE TÉCNICA

TITULAR

SUBSTITUTA

*Para PJs já inscritas no CRBM-6. Caso contrário, preencher o formulário 'Requerimento de inscrição de PJ'

1. RESPONSÁVEL TÉCNICO(A)

Nome:

Nº de inscrição no CRBM-6:

Habilitação(ões):

Rua, Av., Tv., etc.:

Nº:

Complemento:

Bairro:

Município:

UF:

CEP:

Fone: ()

E-mail:

2. PESSOA JURÍDICA

Nome do estabelecimento:

CNPJ:

Nº de inscrição no CRBM-6:

Rua, Av., Tv., etc.:

Nº:

Complemento:

Bairro:

Município:

UF:

CEP:

Fone: ()

E-mail:

Responsabilizando-nos pelas informações, REQUEREMOS à Presidência do CRBM-6 o registro da responsabilidade técnica do profissional informado no quadro nº 1 junto ao estabelecimento informado no quadro nº 2.

Local e data _____, ____/____/____

Nome do(a) Sócio(a)-administrador(a)

Nome do(a) Responsável Técnico(a)

Assinatura do(a) Sócio(a)-administrador(a)

Assinatura do(a) Responsável Técnico(a)



Conselho Regional de Biomedicina - 6ª Região
Rua Padre Anchieta 2.454 CJ 1703 - Bigorrião
80730-000 Curitiba-PR
41 3359-9341

DEVOLUÇÃO DOS DOCUMENTOS

1. Assinale os documentos

Certificado de Responsabilidade Técnica

Outros documentos – Especificar:

2. Como deseja receber os documentos

Irei pessoalmente retirar a documentação

Desejo receber a documentação pelo correio, no endereço abaixo indicado (**haverá cobrança de taxa de remessa**). E desta forma me responsabilizo integralmente por eventual extravio ou avaria decorrente da remessa postal dos documentos.

ENDEREÇO PARA
REMESSA

Rua, Alameda, Tv., etc.:

Nº:

Complemento:

Bairro:

Município:

UF:

CEP:

Autorizo a pessoa abaixo identificada a retirar a documentação. ***É necessária a apresentação de documento de identificação com foto no momento da retirada.**

Nome:

RG/RNE:

CPF:

Declaro estar ciente das instruções e assumo a responsabilidade das informações acima prestadas

Interessado(a):

E-mail:

Fone:

Local e data _____, ____/____/____

Assinatura do(a) Interessado(a)