



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA DO ESTADO DA BAHIA - CRMV/BA
FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE APOIO AO CRMV-BA
Anexo I – Resolução nº 006/2009

(I) DADOS DA ENTIDADE SOLICITANTE

RAZÃO SOCIAL

ENDEREÇO

CNPJ

TELEFONE/FAX

E-MAIL/SITE

(II) DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL

NOME

CARGO QUE OCUPA NA ENTIDADE E PERÍODO DE GESTÃO

ENDEREÇO

CPF , CARTEIRA DE IDENTIDADE E NÚMERO DO CRMV (SE FOR O CASO)

TELEFONE/FAX

E-MAIL/SITE





CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA DO ESTADO DA BAHIA - CRMV/BA

(III) DADOS DO COORDENADOR DO EVENTO

NOME

CARGO QUE OCUPA NA ENTIDADE E PERÍODO DE GESTÃO

ENDEREÇO

CPF , CARTEIRA DE IDENTIDADE E NÚMERO DO CRMV

TELEFONE/FAX

E-MAIL/SITE

(IV) DADOS DO EVENTO

NOME

DATA

LOCAL

PÚBLICO ALVO

NÚMERO ESTIMADO DE PARTICIPANTES: _____
NÚMERO ESTIMADO DE PARCERIAS : _____

HAVERÁ COBRANÇA DE TAXA

[] Não [] Sim - _____





CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA DO ESTADO DA BAHIA - CRMV/BA

PALESTRANTES

[] do Estado da BA [] de outros Estados [] de outros países

CUSTO TOTAL DO EVENTO

R\$ _____

V) DESCRIÇÃO DA SOLICITAÇÃO AO CRMV/BA			
	ITEM SOLICITADO	QUANT.	VALOR (R\$)
01			
02			
03			
04			
05			
06			
07			
08			
09			
10			
TOTAL			

Declaro que as informações prestadas neste formulário são absolutamente verdadeiras. Estou ciente de que o recebimento deste pedido não implica no aval do CRMV-BA ao evento, bem como de quaisquer outras garantias ou compromisso, e que em caso de aprovação do pedido, fica este vinculado à disponibilidade orçamentária do Conselho.

Data: ____ / ____ / ____.

Assinatura do Representante Legal

