



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA DO ESTADO DA BAHIA - CRMV/BA
FORMULÁRIO DE SOLICITAÇÃO DE APOIO AO CRMV-BA
Anexo II - 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 RESPONSÁVEL PELA PUBLICAÇÃO

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 DA PUBLICAÇÃO

NOME

PERIODICIDADE

DATA/PERÍODO DE VEICULAÇÃO

PÚBLICO ALVO

TIRAGEM



Rua Prof. Aristides Novis, 21/23, São Lázaro – Federação – Salvador/BA – CEP: 40210-730
Tel: (71) 3082-8188 – Presidência: (71) 3082-8151 / 8152 - 9122-9660
E-mail: crmva@crmva.org.br / Home Page: <http://www.crmva.org.br>





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

REGISTRO E INDEXAÇÃO

Registro Indexação Registro e Indexação

COBRANÇA (Venda/Assinatura)

Distribuição gratuita Com Cobrança _____

NÚMERO ESTIMADO DE PARCERIAS: _____

CUSTO TOTAL DA PUBLICAÇÃO

R\$ _____

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, 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

