**SOLICITAÇÃO PARA CANCELAMENTO DE REGISTRO DE CONSULTÓRIO**

Senhor Presidente do Conselho Regional de Medicina Veterinária do Estado da Bahia:

O consultório **,** inscrito no CRMV-BA sob o Nº      , CPF      **,** vem à presença de Vossa Senhoria requerer CANCELAMENTO DO REGISTRO, por motivo de:

**1 – Encerramento de atividades** .

|  |
| --- |
| **Nestes termos,**  **Pede deferimento.**  CIDADE-UF, DIA de MÊS de ANO.  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_  Assinatura do Proprietário |
| Endereço: DIGITE AQUI O ENDEREÇO COMPLETO PARA RECEBER A RESPOSTA DE SUA SOLICITAÇÃO, COM TELEFONES E E-MAIL. |