

Solicito ao Presidente do Conselho Regional de Biomedicina - 1ª Região – CRBM-1 a emissão do **Certificado de Responsabilidade Técnica – CRT** do estabelecimento

Razão Social _____

CNPJ _____ e-mail: _____

Como deseja receber o CRT? Assinale uma das três opções abaixo.

OPÇÃO A () Desejo receber o CRT por correio, no endereço abaixo especificado

Endereço para remessa

| | | | | |
|-------------|--|--------|-----|--|
| Logradouro | | | nº | |
| Complemento | | Bairro | | |
| Cidade | | UF | CEP | |

OPÇÃO B () Irei pessoalmente retirar a documentação na sede do CRBM1 (Rua Clímaco Barbosa, 217, Cambuci, CEP 01523-000 São Paulo – SP)

OPÇÃO C () Autorizo a pessoa abaixo identificada para retirar o CRT na sede do CRBM1, e orientei que apresente documento de identificação válido

| | | | |
|------------------------------------|--|--------------------------|--|
| Nome completo da pessoa autorizada | | | |
| RG da pessoa autorizada | | CPF da pessoa autorizada | |

Local e data

Nome e assinatura da responsável pela solicitação