



CONSELHO REGIONAL DE FARMÁCIA DO ESTADO DO PARÁ
TELEFAX: (91) 3239-9510 / FONE: (91) 3239-9500
E-MAIL: crfpa@crfpa.org.br

DECLARAÇÃO

Declaro, para os devidos fins de direito, que estou ciente de que quando do meu pedido de **alteração de inscrição provisória para definitiva** neste CRF/PA, terei de pagar as respectivas taxas administrativas conforme determina o **art. 13 da Resolução nº 521/2009 do Conselho Federal de Farmácia**, não sendo permitida a concessão de desconto.

_____, ____/____/____.

Declarante