



CRTR-10ª REGIÃO

Folha Nº _____

Proc. Nº _____

Conselho Regional de Técnicos em Radiologia

Serviço Público Federal

Ilmo. Sr. Presidente do Conselho Regional de Técnicos em Radiologia

Eu, _____

representante da Empresa: _____

CNPJ: _____ venho requerer a V.S^a. , **CERTIDÃO NEGATIVA**

desta para fins de: _____.

Nestes termos, pede deferimento.

Local e Data

Carimbo da Empresa com CNPJ e Assinatura do representante da Empresa

CRTR 10ª Região – Paraná

Rua General Carneiro, 26 – Alto da Glória – Fone: (41) 3253-2120 – 80060-150 – Curitiba – Paraná

Site: www.crrtrpr.org.br

E-mail: crrtrpr@crrtrpr.org.br



CRTR-10ª REGIÃO

Folha Nº _____

Proc. Nº _____

Conselho Regional de Técnicos em Radiologia

Serviço Público Federal

CADASTRO OU ATUALIZAÇÃO DE DADOS

NOME EMPRESA: _____

E-mail Empresa: _____

ENDEREÇOS COMERCIAIS:

1) Sede / Terceirizada: _____

Rua: _____ nº _____

Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Setor: _____

Telefone: (____) _____ Ramal: _____

2) Outro endereço: _____

Rua: _____ nº _____

Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____ Estado: _____

Setor: _____ Horário: _____

Telefone: (____) _____ Ramal: _____

Correspondências devem ser enviadas para: Endereço Sede;

Outro Endereço:

_____, _____ de _____ de 201____.

(cidade)

Assinatura

CRTR 10ª Região – Paraná

Rua General Carneiro, 26 – Alto da Glória – Fone: (41) 3253-2120 – 80060-150 – Curitiba – Paraná

Site: www.crrtrpr.org.br

E-mail: crrtrpr@crrtrpr.org.br