|  |
| --- |
| FICHA DE CADASTRO DE ASSINATURA |
| Ilmo. Sr. Presidente da Agência Estadual de Defesa Sanitária Animal e Vegetal de Mato Grosso do Sul

|  |  |
| --- | --- |
| Eu, |  |
|  | Natural de |  | , |
| domiciliado à rua: |  |
| n.º |  | na cidade de |  | MS |
| CEP |  | Médico Veterinário inscrito no CRMV-MS sob o nº:  |  | , |
| Telefone  | ()   | , Celular | ()   | e e-mail:  |
|  | , sem |
| vínculo com a administração Federal, Estadual, exercendo legalmente a profissão no requerimento de credenciamento para atender Eventos Agropecuários no Estado de Mato Grosso do Sul. |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura, Carimbo do Médico Veterinário  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura, Carimbo do Médico Veterinário \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Assinatura, Carimbo do Médico Veterinário

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| , |  | de |  | de | 20 |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**Assinatura e Carimbo do Funcionário da IAGRO** |

**1ª via:** Unidade Local; 2ª via: Médico Veterinário Credenciado; 3ª via: processo.