

ANEXO V

DECLARAÇÃO AUTORIZADORA

Eu, _____,
RG nº _____, autorizo o preposto abaixo relacionado a me representar
na Farmácia Estadual _____ para formalização da solicitação
de e retirada do medicamento Hidroxicloroquina 400mg comprimido.

REPRESENTANTE

Nome Completo:

RG:

Endereço completo:

Tel.:

Data ____ / ____ / ____ Assinatura _____