

**Ao
Senhor Presidente do CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA VETERINÁRIA DO
ESTADO DE SÃO PAULO**

Eu,
CRMV-SP nº _____ solicito a V.S^a. o cancelamento do registro de meu Consultório Veterinário
registrado sob CRMV-SP nº _____ localizado à:

Logradouro: _____ ,

Bairro _____ , Cidade _____ ,

Estado SP, CEP _____ .

Motivo e Observações:

Endereço para Correspondência:

Logradouro: _____ ,

Bairro _____ , Cidade _____ ,

Estado _____ , CEP _____ .

Termos em que P. Deferimento.

_____, de _____ de _____ .

Assinatura e carimbo do profissional