

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

Eu,
CRMV-SP nº _____ profissional autônomo com estabelecimento situado à:

Logradouro: _____ ,
Bairro _____ , Cidade _____ ,
Estado SP, CEP _____ .

solicito a V.S^a. a emissão da segunda via do Certificado de Regularidade do referido estabelecimento.

Endereço para Correspondência:

Logradouro: _____ ,
Bairro _____ , Cidade _____ ,
Estado _____ , CEP _____ .

Termos em que P. Deferimento.

_____, de _____ de _____ .

Assinatura e carimbo do profissional