**MODELO PARA PESSOA FÍSICA**

Natal/RN, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de ANO.

# Ilustríssimo Sr.

Sales de Araújo Guedes

# Presidente do Conselho Regional de Farmácia do RN – CRF/RN

Prezado Senhor:

O(A) Farmacêutico(a) \_ (nome),

 (cpf), Inscrição no CRF/RN nº , vem através desta solicitação, requerer:

( ) restituição de pagamento da(s) parcela(s) nº(s) , referente(s) a sua anuidade

 , paga(s) em duplicidade, haja vista que quitei a PARCELA ÚNICA, conforme documentação em ANEXO (anexar cópias de todos os pagamentos e boletos). Valor total da devolução R$ ;

( ) restituição de parte do valor do percentual de desconto (% desconto) concedido para quitação da anuidade antes de 31/03 (de todos ano), em virtude de equívocos no processo de pagamento do boleto bancário, conforme documentação em ANEXO (anexar cópias de todos os pagamentos e boletos). Valor total da devolução R$ ;

( ) Outros motivos (descrever):

Valor total da devolução R$ .

O Valor a ser ressarcido deverá ser creditado por transferência bancária na **Conta Corrente/Poupança** de MINHA TITULARIDADE, no Banco , agência n.º , Conta Corrente/Poupança n.º , variação .

Sem mais para o momento, desde já agradeço a atenção dispensada.

(Nome do farmacêutico)

CRF/RN nº