

TERMO DE COMPROMISSO

Eu, **Nome do farmacêutico**, Farmacêutico responsável pela Farmácia **Razão social da Farmácia**, CNPJ **XX.XXX.XXX/XXXX-XX**, assumo o compromisso de, além de minhas atribuições legais, administrar as transações do Programa Farmácia Popular, bem como de receber queixas ou reclamações e ainda estabelecer a interlocução com o Ministério da Saúde.

Para tanto firmo o presente termo de compromisso conforme artigo 7º inciso III da Portaria nº 491, de 9 de Março de 2006.

Nome do farmacêutico
Farmacêutico responsável
CRF-UF X.XXX