

Instrumento de Procauração para Aquisição de Medicamentos do Programa Farmácia Popular

OUTORGANTE:

Nome: _____

Endereço: _____

Nacionalidade: _____

Estado Civil: _____

Profissão: _____

Identidade: _____ Órgão emissor: _____ UF: _____

CPF: _____-_____

OUTORGADO:

Nome: _____

Endereço: _____

Nacionalidade: _____

Estado Civil: _____

Profissão: _____

Identidade: _____ Órgão emissor: _____ UF: _____

CPF: _____-_____

PODERES:

São conferidos todos os poderes necessários para que o Outorgado possa adquirir, em nome do Outorgante, em redes de farmácias e drogarias privadas, medicamentos através do Programa Farmácia Popular do Brasil - PFPB, conforme disposto na PRC 5, Anexo LXXVII, Art. 25, § 1, inc. 3.

_____, _____ de _____ de 20____.

(Assinatura do Outorgante)

(Assinatura do Outorgado)

*Ambas assinaturas devem ser autenticadas em Cartório