**TERMO DE COMPROMISSO**

Declaramos estarmos cientes perante o Conselho Regional de Farmácia do Estado ........... que o atual Contrato de Prestação de Serviços, firmado entre minha pessoa ..........., e a firma ..........., representada por ..........., é autorizado a título precário e de maneira provisória e deverá ser Rescindido a qualquer momento, por solicitação do Conselho Regional de Farmácia, com 30 (trinta) dias de Aviso Prévio, sem nenhuma contestação por nenhuma das partes e a critério do CRF-..... (UF)

Por estarmos cientes e concordados com este Termo, firmamo-nos de maneira espontânea, consciente e comprometidos com o seu cumprimento.

..........., ..... de ........... de ...........

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Farmacêutico (a)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Proprietário (a) da Firma