

ANEXO III
REQUERIMENTO PARA CANCELAMENTO DE REGISTRO DE CENTRO DE COLETA E
PROCESSAMENTO DE SÊMEN (CCPS) EQUÍDEO

_____, _____ de _____ de _____

Senhor Chefe,

Eu, abaixo assinado, representante legal do estabelecimento _____,
Inscrição Estadual N° _____, CNPJ N° _____,
localizado _____, Município _____, UF _____,
CEP _____, solicito nos termos da Legislação Vigente do MAPA, o cancelamento
desse estabelecimento como CCPS equídeo.

Informo que a solicitação do cancelamento de registro é pelo seguinte motivo:

Informo ainda, em relatório anexo, a relação do sêmen em estoque com identificação dos
doadores.

Atenciosamente,

Assinatura do Representante Legal do CCPS