|  |  |
| --- | --- |
| Logo Copasa Preta | SOLICITAÇÃO PARA DOAÇÃO DE  HIPOCLORITO DE CÁLCIO |

|  |  |
| --- | --- |
| **DADOS PARA DOAÇÃO** | |
| Nome do Município: | |
| CNPJ: | |
| Endereço Completo: | |
| Nome da Pessoa de Contato: | |
| Telefone: | |
| E-mail : | |
| **DESCRIÇÃO DA APLICAÇÃO DO PRODUTO COM INDICAÇÃO DO(S) LOCAL(IS)** | |
| (Descrever de foram sucinta o local de aplicação – Centro da sede do Município – Centro do Distrito de xxxxxxxx Povoado xxxxxxx, etc.) | |
| População Atendida: | |
| Quantidade Solicitada: | |
| Local | Data |
| Assinado por:  \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |