|  |  |
| --- | --- |
| 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: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |