ESTADO DE SANTA CATARINA

SECRETARIA DE ESTADO DA ASSISTÊNCIA SOCIAL, MULHER E FAMÍLIA

**ANEXO VI - Listagem doações pelo Banco de Alimentos**

 **Modelo, deve vir em papel timbrado**



|  |
| --- |
|  Nome da entidade:  |
|  CNPJ:  |
|  Endereço:  |
|  Telefone:  |
|  Representante legal:  |
|  CPF do representante legal:  |
|  Data da entrega  |  Quantidade  |  Produto entregue  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ Responsável pela Entidade