

ANEXO VI

TERMO DE ADESÃO

Termo de Adesão ao credenciamento para prestação de serviço na área médico-hospitalar e/ou odontológica, junto ao Comando do 8º Distrito Naval.

I - Dados de identificação do Credenciado (Matriz):

Nome:

Endereço:

Telefone:

Fax:

E-mail:

CNPJ/CPF:

- Dados de identificação do Credenciado (Filial I): (se for o caso)

Nome:

Endereço:

Telefone:

Fax:

CNPJ

II - Natureza do atendimento:

a) Procedimentos para o Credenciamento: (Matriz)

Relacionar e especificar os procedimentos propostos para o credenciamento.

b) Procedimentos para o Credenciamento: (Filial 1/2 e3...se for o caso)

Relacionar e especificar os procedimentos propostos para o credenciamento de cada filial.

III – Indicar o Responsável Técnico e o número do registro do profissional no conselho de classe regional.

IV - Declaramos conhecer os termos do Edital nº 01/2019 e seus anexos e aceitamos as condições e os preços discriminados no mesmo.

V - Dados Bancários: (onde deverão ser creditados os pagamentos)

Banco:

Agência:

Conta-Corrente:

São Paulo SP, em ____ de ____ de ____.

Representante Legal
CPF

A Declaração deverá conter o timbre da instituição ou seus dados básicos no corpo do documento.