

Relação dos profissionais capacitados que prestarão os serviços médicos

Empresa: _____

CNPJ: _____

Declaro para os devidos fins, em conformidade com o item 9.2 "a" do edital, que o(s) profissional(is) capacitado(s) relacionado(s) abaixo está(ão) indicado(s) como o(s) designado(s) a prestar(em) os serviços médicos na Unidade de Pronto Atendimento de Assis - "UPA RUY SILVA".

Nome	CPF	RG

Por ser a expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Assis, ____ de _____ de 20__.

Atenciosamente,

Nome: _____

Cargo/Função: _____