**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:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_