

CARTA RESPOSTA
TERMO DE ACEITAÇÃO



Ao
Setor de Credenciamento

Prezados Senhores,

Venho, pela presente, manifestar interesse em integrar a rede de prestadores de serviços médico-hospitalares, diagnose e terapia por parte de V. Sas.

Declaro, desde já, concordar com as condições de credenciamento e de prestação de serviços oferecidas às quais tive pleno acesso e conhecimento, incluindo o padrão de remuneração.

<input type="checkbox"/> Pessoa Física <input type="checkbox"/> Pessoa Jurídica			
Nome / Razão Social:			
CNPJ / CPF:			
RG (Resp. Técnico):			
CRM (Resp. Técnico):	UF:	Expedição:	
Data de Nascimento:	/ /	Ano Formatura:	
INSS/PIS(Resp. Técnico):			
ISS/CCM:			
Endereço Principal:			
Cidade:	UF:	CEP:	
Telefones de Contato:	()		
Representante Legal:			
CPF (Repres. Legal):			

Obs.: Favor devolver preenchida para o Fax: 11-2684-5922

INFORMAR A(S) ESPECIALIDADE(S) A CREDENCIAR

--

“De Acordo” _____ Data: ____/____/____
(assinatura)