

ANEXO D

MODELO DE REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO

Eu, (.....), portador do RG n.º.....e do CPF n.º representante legal da empresa, inscrita no CNPJ sob n.º, com sede à Rua (Av)....., nº – bairro – cidade/Estado....., CEP:.....- fone (.....)..... – E-mail:, requiro o credenciamento junto a Secretaria Municipal de Saúde, com o objetivo de disponibilizar profissionais de saúde, para complemento de escalas na prestação de serviços médicos especializados nas Unidades de Saúde nos termos previstos pelo Edital de Credenciamento n.º **002/2022** e Processo n.º **157.714/2022**, publicado pela Prefeitura Municipal de Piracicaba, e DECLARO, por este ato jurídico, ter prévia ciência e compreensão, em tempo hábil e suficiente, do objeto, das cláusulas e dos requisitos constantes do Edital de Convocação acima identificado, havendo anuência integral às condições nele estabelecidas.

Por ser verdade, firmo o presente.

Local, ____ de _____ de _____.

Assinatura:

