



CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE CATALÃO-GO

Anexo 2 - FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

Segmento:

- () Instituição Representativa dos Usuários.
- () Instituição representante dos Trabalhadores da área da Saúde.
- () Prestador de Serviços de Saúde.

Nome: _____.

Data de Constituição _____.

E-mail Oficial _____.

Telefone de Contato _____.

Nome do Representante Legal _____.

CPF: _____.

RG: _____.

Assinatura

Catalão/GO, data ____/____/____.

Observação: As instituições inscritas deverão juntar ao formulário de inscrição, toda documentação exigida no edital de eleição, sendo de sua responsabilidade o preenchimento do formulário e inscrição dos anexos no ato do envio do e-mail.


7