



PREFEITURA MUNICIPAL DE SÃO GABRIEL DA PALHA

ESTADO DO ESPÍRITO SANTO
Secretaria Municipal de Saúde

ANEXO III

REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO

Credenciamento nº. 02/2023

_____, inscrito no CNPJ nº _____, por intermédio de seu representante legal o(a) senhor(a) _____ portador(a) da Carteira de Identidade nº _____ e do CPF nº _____ REQUER seu credenciamento para a prestação de serviços de _____, informando desde já ser titular da conta corrente/poupança nº _____, agência nº _____ (nome da agência), banco nº _____ (nome do banco), declarando inteiro conhecimento do ato convocatório e apresentação de toda a documentação solicitada.

Local, Data.

(representante legal)