



TERMO DE ADESÃO ao API

API Saúde, Equipamentos médicos e Insumos

Eu, abaixo nominado, declaro o interesse em ingressar como

Membro _____ do API em Saúde, Equipamentos médicos e Insumos, e manifesto o firme propósito pessoal e institucional, que tecnicamente represento, de participar das atividades de cooperação de acordo com as diretrizes e procedimentos expressos no “Regimento Interno do Arranjo Promotor de Saúde, Equipamentos médicos e Insumos do Município de Florianópolis”.

Assinatura

Florianópolis, _____

Entidade: Designação : _____

Unidade: _____ Sigla: _____

Sede: _____

WWW: _____

Representante/Signatário acima:

1º Representante: _____

Cargo: _____

Titulação: _____

E-mail: _____

Telefones: () _____ () _____

Endereço Postal: _____

2º Representante: _____

Cargo: _____

Titulação: _____

E-mail: _____

Telefones: () _____ () _____

Endereço Postal: _____