ANEXO I

CARTA PROPOSTA
FORNECIMENTO DE SERVIÇOS HOSPITALARES

DENOMINAÇÃO/RAZÃO SOCIAL
NOME/FANTASIA:
CNPJ:
ENDEREÇO:
IDENTIFICAÇÃO DO SÓCIO RESPONSÁVEL:
Vem requerer, à Comissão Permanente de Credenciamento, o credenciamento da empresa acima identificada para o fornecimento de serviços hospitalares à CAAPSML, para serem utilizados pelos beneficiários do Plano de Assistência à Saúde da CAAPSML, nos termos do **EDITAL Nº EA/DAF/DS: 001/2008** de credenciamento, publicado no Jornal Oficial do Município.
Endereço de atendimento:
Bairro: cidade: UF: CEP:
Porte do Estabelecimento (anexar documento comprobatório):
Em vista do solicitado, anexamos ao presente a documentação exigida pelo Edital.
Local e data
Termos em que, Pede deferimento
assinatura