Ao Conselho Regional de Medicina do Estado de Sergipe - CREMESE

D E C L A R A Ç Ã O

Eu,_____, médico(a) registrado(a) neste Conselho sob o número_____, venho informar que aceito o cargo de Diretor(a) Técnico(a) da(o) Pessoa Jurídica _____, CNPJ nº _____situado(a) na Rua/Av. _____Cidade _____CEP:_____. (Artigos 9º ao 12º do Anexo da Resolução CFM nº 1.980/2011).

Estou ciente de que deverei informar ao Conselho qualquer mudança que ocorrer no quadro funcional médico ou na estrutura física, nas finalidades e nas alterações contratuais, assim como a mudança do (a) Diretor(a) Técnico(a) da instituição.

A empresa deverá promover a substituição deste diretor técnico, oficializando ao Conselho no prazo máximo de 24 (vinte e quatro) horas.

_____, ____/____/_____

_____

Assinatura do Responsável Técnico

Assinatura dos Sócios/Diretores:

_____

_____

_____

_____

_____