

REQUERIMENTO PARA REGISTRO DE EMPRESA

PARA A REALIZAÇÃO DAS SEGUINTE ATIVIDADES:

COMERCIALIZAÇÃO, INDUSTRIALIZAÇÃO E/OU LOCAÇÃO DO(S) ITEM(NS) RELACIONADOS ABAIXO:

ATENDIMENTO FISIOTERAPÊUTICO DE _____ PACIENTES/DIA (MÉDIA PREVISTA).

ATENDIMENTO TERAPÊUTICO OCUPACIONAL DE _____ PACIENTES/DIA (MÉDIA PREVISTA).

SOLICITO, ATRAVÉS DO PRESENTE REQUERIMENTO, QUE SEJA EFETUADA A INSCRIÇÃO DA PESSOA JURÍDICA DISCRIMINADA ABAIXO:

RAZÃO SOCIAL _____

NOME FANTASIA _____

CNPJ _____/_____-_____

MATRIZ

FILIAL Nº _____

LOCAL E DATA _____, _____ DE _____ DE _____.

ASSINATURA _____

NOME DO SÓCIO-ADMINISTRADOR(LEGÍVEL) _____

DADOS DO ESTABELECIMENTO

FUNCIONAMENTO DAS _____ H _____ MIN ÀS _____ H _____ MIN NOS SEGUINTE DIAS DA SEMANA:

SEGUNDA TERÇA QUARTA QUINTA SEXTA SÁBADO DOMINGO

ENDEREÇO _____

Nº _____ COMPLEMENTO _____ BAIRRO _____

CIDADE/UF _____ CEP _____

DDD _____ FONE COMERCIAL _____ FONE CELULAR _____

E-MAIL _____

RELAÇÃO DE FISIOTERAPEUTAS E TERAPEUTAS OCUPACIONAIS

Nº DE INSCRIÇÃO
