



ANEXO IX (Pessoa Física)

Processo n. 001/2023

MODELO DECLARAÇÃO DE CONCORDÂNCIA

A (o) (PROFISSIONAL), (ENDEREÇO), devidamente inscrita (o) no CPF sob o nº _____, com vistas ao credenciamento junto ao FUNDO MUNICIPAL DE SAÚDE DE ÁGUAS LINDAS DE GOIÁS para a prestação de Serviços de Saúde, declara, conhecer e concordar com as condições e cláusulas constantes do Edital de Chamamento para efeitos de Credenciamento, bem como com os termos da minuta do termo de credenciamento.

Localidade, ___ de _____ de 2023.
