



CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BIRITIBA MIRIM
Avenida Maria José de Siqueira Melo, nº 340 – Jardim Takebe-Biritiba Mirim – SP.
Tel.: 11-4692-6275 Ramal 220 – cmsbm@biritibamirim.sp.gov.br

FICHA DE INSCRIÇÃO PARA ELEIÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE BIRITIBA MIRIM PARA O MANDATO DE 2016- 2018

Inscrição nº: _____

Entidade: _____

Endereço: _____

CNPJ: _____ Telefone: _____

Presidente Atual: _____

Dados dos Representantes da Entidade para participação na Assembleia:

Titular: Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

RG: _____ CPF: _____

Suplente: Nome: _____

Endereço: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

RG: _____ CPF: _____

Data da Inscrição: ____/____/____

Documentos entregues na oportunidade da inscrição:

- () RG ou CPF do titular e suplente
- () Xerox autenticada da Ata de Reunião Interna da Associação, ou
- () Ofício de indicação do representante legal
- () Outros _____

Representante da Entidade - responsável pelas informações acima

Responsável pelo recebimento da inscrição

Presidente do CMS