



GOVERNO DO ESTADO DO AMAPÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANEXO II

MODELO DE FORMULÁRIO DE CADASTRAMENTO

A Instituição _____, pessoa jurídica de direito privado, com sede no endereço _____, cidade _____, CEP nº _____, inscrita no CNPJ nº _____, vem solicitar seu cadastramento nos termos do Edital de chamamento público nº ___ / ___, informando desde já os dados a seguir:

Dados da instituição:

- Nome:
- Telefone
- E-mail:
- Banco:
- Agência:
- Conta:

Macapá-AP, ___ de _____ de _____.

Assinatura (nome, carimbo e assinatura do representante legal da instituição)