

CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE DE LAGES

FICHA DA ENTIDADE

NOME INSTITUIÇÃO:	
CNPJ da Instituição:	
Endereço:	
Fone:	E-mail:
Nome Responsável:	
Endereço:	
Fone:	E-mail:
Que tipo de atividade exerce a instituição:	

SOMENTE SERÃO ACEITAS FICHAS DE INSCRIÇÃO TOTALMENTE E CORRETAMENTE PREENCHIDAS

Lages (SC), ____/____/____

Assinatura (por extenso)