



**MUNICÍPIO DE TRINDADE
ESTADO DE GOIÁS**

**ANEXO II
CARTA PROPOSTA**

Ao Fundo Municipal de Saúde,

A empresa _____, inscrita no
CNPJ sob o nº _____, com sede no logradouro
_____, telefone de contato
_____, e-mail _____,
por intermédio de seu representante legal, Sr(a) _____,
portador(a) do RG nº _____ e CPF nº _____, solicita o
credenciamento desta empresa para a prestação dos seguintes serviços:

(ESPECIFICAR OS SERVIÇOS:)

Declara apresentar, em anexo, toda a documentação exigida, e concordar integralmente com as condições estabelecidas no Edital de Credenciamento.

Atenciosamente,

Trindade, Estado de Goiás, ____ de _____ de _____.

Assinatura do Representante Legal