



CONSÓRCIO INTERMUNICIPAL DE SAÚDE DA ALTA PAULISTA–CISAP

Rua Ricardo Ponciano, nº 508 – Centro – Osvaldo Cruz – SP

CEP – 17.700-000 – TEL. (18) 3528-4738

CNPJ – 02.675.363/0001-52

ANEXO VI

INFORME DO INÍCIO DA PRESTAÇÃO DE SERVIÇOS CONFORME EDITAL Nº 01/2.015 PARA CREDENCIAMENTO DE PESSOAS JURÍDICAS E FÍSICAS DA ÁREA MÉDICA E ODONTOLÓGICA.

A finalidade do presente é informar a esse CISAP que a partir da assinatura do termo contratual, estaremos iniciando a prestação dos serviços credenciados por meio do Edital nº 01/2.015 para credenciamento de pessoas jurídicas e físicas da área médica, aos pacientes encaminhados pelos Municípios Consorciados.

Endereço para atendimento: _____

Telefone para contato e endereço eletrônico: _____

A média de atendimentos possíveis por semana, dias da semana e horário para atendimento:

_____.

Assumimos o compromisso de utilizarmos os impressos do CISAP que a mim(nós) serão cedidos.

Atenciosamente,

Osvaldo Cruz, ____ de _____ de 2.015

Assinatura do representante da
Empresa interessada