



TERMO DE ADESÃO AO REGIMENTO CORPO CLINICO

Na qualidade de prestador de serviços médicos, membro do Corpo Clinico deste Hospital , me comprometo a ler e seguir todas as disposições do Regimento Interno do Corpo Clinico desse Hospital.

Entendo que é minha responsabilidade dar ciência deste Regimento e suas disposições a todos os sócios e profissionais com os quais atuo nesse Estabelecimento .

Nome :_

CRM: _

CNPJ: _

LOCAL: _

DATA: _

Recebido: _

Hospital: _

