



TERMO DE ADESÃO AO REGIMENTO CORPO CLINICO

Na qualidade de prestador de serviços médicos, membro do Corpo Clínico deste Hospital, me comprometo a ler e seguir todas as disposições do Regimento Interno do Corpo Clínico 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: _

PÚBLICO