



## **ANEXO II**

### **FICHA DE REQUERIMENTO DE INSCRIÇÃO**

#### **FICHA DE INSCRIÇÃO PARA PLENÁRIA DE ELEIÇÃO DO CONSELHO MUNICIPAL DE SAÚDE**

Nº de Inscrição (Preenchido no ato da Inscrição):

Nome da Entidade:

Endereço:

Telefone:

CNPJ:

Presidente ou Responsável Atual da Entidade:

#### **DADOS DO REPRESENTANTE DA ENTIDADE PARA PARTICIPAÇÃO DA PLENÁRIA**

Nome:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

RG:

CPF:

Nome:

Endereço:

Telefone:

E-mail:

RG:

CPF:

Data da Inscrição:        /        /