

REQUERIMENTO DE CREDENCIAMENTO

Eu _____ venho por meio deste, requerer o credenciamento dos serviços abaixo descritos junto a **DOG LIFE ADM. DE PLANOS DE SAÚDE ANIMAL LTDA.**

DADOS CADASTRAIS

RAZÃO SOCIAL / MÉDICO VETERINÁRIO _____		
NOME FANTASIA _____		
NOME DOS SOCIOS _____		
RG _____	CPF _____	
ENDEREÇO _____		Nº _____
COMPLEMENTO _____	BAIRRO _____	
CEP _____	CIDADE _____	UF _____
REGISTRO NO CRMV/ _____	Nº _____	CNPJ _____
CONTATO _____	FONE/FAX _____	
E-MAIL _____	SITE _____	
RESPONSÁVEL TÉCNICO _____		
CPF _____	RG _____	DATA NASC. _____

DADOS BANCÁRIOS

BANCO _____	AGÊNCIA _____
CONTA CORRENTE _____	TITULAR _____

TIPO DE ESTABELECIMENTO

<input type="checkbox"/> HOSPITAL	<input type="checkbox"/> CLINICA	<input type="checkbox"/> CLINICA E INTERNAÇÃO	<input type="checkbox"/> PET SHOP	<input type="checkbox"/> LABORATÓRIO	<input type="checkbox"/> PARCEIRO
-----------------------------------	----------------------------------	---	-----------------------------------	--------------------------------------	-----------------------------------

HORÁRIO DE FUNCIONAMENTO

DE SEGUNDA A SEXTA FEIRA DAS _____ ÀS _____	
SABADOS DAS _____ ÀS _____	DOMINGOS DAS _____ ÀS _____

SERVIÇOS PRESTADOS

<input type="checkbox"/> CONSULTAS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> COLETA DE EXAMES	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/> PROCEDIMENTOS CIRÚRGICOS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

OBSERVAÇÕES _____

Autorizo a divulgação dos dados cadastrais no **CATÁLOGO DOG LIFE** para utilização dos serviços por parte dos beneficiários bem como a veiculação em outros canais de propaganda, sem ônus financeiro a **CONTRATANTE**, me responsabilizando pela entrega dos documentos para credenciamento no prazo de até 05 (cinco) dias úteis. Declaro estar ciente que este Requerimento tem valor de Contrato.

Nestes termos,

Pede e Aguarda deferimento _____ de _____ de _____

REQUERENTE

DOCUMENTOS (COPIAS)

REGISTRO CRMV, CPF, RG, CNPJ E COMPROVANTE BANCÁRIO