

À Unimed Grande Florianópolis.

DECLARAÇÃO

Declaro que não possuo ou exerço atividade colidente ou prejudicial com a exercida pela Cooperativa, não sendo agente de comércio ou empresário(a) que opere no mesmo campo econômico da Unimed Grande Florianópolis, de acordo com a Lei nº 5.764/71.

_____, _____ de _____ de _____.
(local) (dia) (mês) (ano)

Doutor (a):

CPF:

CRM: