

TERMO DE RESPONSABILIDADE

VISTO DE CONTRATO SOCIAL

Através deste documento, autorizo o Conselho Regional de Fisioterapia e Terapia Ocupacional da 8ª Região a enviar pelos Correios, por meio de AR (Aviso de Recebimento), o(s) seguinte(s) documentos(s):

- () Declaração de Visto de Contrato Social;
- () 01 (uma) via original do Contrato Social;
- () 01 (uma) via original da última Alteração do Contrato Social.

Estou ciente de que todos os documentos emitidos pelo CREFITO-8 serão enviados para o endereço de cadastro e que tenho o dever de mantê-lo atualizado.

Dados para contato:

Razão Social _____

Fone comercial ____ - ____ Celular ____ - ____

e-mail _____

Outrossim, isento neste ato, o CREFITO-8, de qualquer responsabilidade no caso de eventual de extravio da documentação citada, reconhecendo que a remessa postal se efetuou por minha solicitação.

(Nome legível do responsável pelo preenchimento)

Assinatura

Local e data: _____, _____ de _____ de _____