

TERMO DE AQUIESCÊNCIA

SUPLENTE

Eu, Dr.(a) _____ CRM/SP nº _____,
nos termos do inciso III do artigo 10º da Resolução CFM nº 2.161/2017, DECLARO que
aceito a indicação e o registro do meu nome como candidato a membro suplente do
CREMESP nas eleição que será realizada nos dias 07, 08 e 09 de agosto de 2018, para a
gestão 2018/2023.

Para fins de contato e localização apresento meus dados abaixo:

ENDEREÇO RESIDENCIAL

Logradouro (Rua, Av, Al, etc): _____

CEP:	Bairro:	Cidade:	UF:
Fone Residencial:	Celular:	email:	

ENDEREÇO COMERCIAL

Logradouro (Rua, Av, Al, etc): _____

CEP:	Bairro:	Cidade:	UF
Fone Comercial:	Celular:	email:	

_____ de 2018.

(Assinatura)