



CREMESP
CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO ESTADO DE SÃO PAULO



DECLARAÇÃO

Eu _____

CPF. nº. _____, **RG. nº.** _____ na qualidade de

Sócio da empresa _____

_____, **CNPJ/MF. nº.** _____,

registrada neste Conselho sob nº. _____, declaro que a mesma não possui conta bancária aberta em seu nome e que os dados bancários abaixo descritos são de minha titularidade.

Banco: _____ **Nº.** _____

Agência: _____

Conta Corrente Nº: _____

E para que tenha efeitos legais, firmamos a presente.

_____, ____/____/____.

ASSINATURA DO SÓCIO