



XI COMSAÚDE
FICHA DE INSCRIÇÃO PARA DELEGADO E SUPLENTE

Data: / /2023

Com finalidade de representar o (a):

Entidade: _____

Endereço: _____ Bairro: _____

Cep: _____ E-mail: _____

DELEGADO

ENDEREÇO

BAIRRO:

CEP:

TELEFONE:

E-MAIL:

SUPLENTE

ENDEREÇO

BAIRRO:

CEP:

TELEFONE:

E-MAIL:

DELEGADO

ENDEREÇO

BAIRRO:

CEP:

TELEFONE:

E-MAIL:

SUPLENTE

ENDEREÇO

BAIRRO:

CEP:

TELEFONE:

E-MAIL:

Assinatura do responsável legal pela entidade: _____