CRO DF CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DO DISTRITO FEDERAL

CANCELAMENTO DE INSCRIÇÃO DE EPAO

ILMO. SR. PRESIDENTE DO CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DO DISTRITO FEDERAL

Nº. DO PROTOCOLO

Nome completo do requerente: _____

_____

CRO-DF Nº. _____ vem requerer a V. Sa. que se digne a conceder o cancelamento da inscrição da Entidade Prestadora de Assistência Odontológica _____

_____

_____ inscrita neste Conselho Regional sob o Nº. CRO-DF-EPAO-_____, por motivo de **encerramento das atividades.**

Requerente entrega **Certificado da EPAO:** ( ) SIM ( ) NÃO

Vem, ainda, requerer e/ou informar: _____

_____

_____

_____

Nesses termos, peço deferimento.

Brasília-DF, _____de_____de _____.

_____

Assinatura

ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA – PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

_____

_____ BAIRRO:_____

MUNICÍPIO _____ UF_____ CEP:_____-_____

TELEFONE: ( )_____ | ( )_____

EMAIL:_____