

FICHA DE CADASTRO

Clínica Veterinária: _____

Cadastro em nome de: Pessoa Física Pessoa Jurídica

Nome Fantasia/ Veterinário: _____

Razão Social: _____

Endereço: _____ n° _____

Complemento: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Cep: _____

Telefone: _____ Telefone: _____ Fax: _____

Plantão/ Celular: _____ E-mail: _____

CNPJ/CPF: _____ Inscrição/ RG: _____

Responsável: _____

Horário de Funcionamento: _____

Médico Veterinário: _____

Data de Nascimento: _____ CRMV - _____

Telefone _____ e-mail _____

Médico Veterinário: _____

Data de Nascimento: _____ CRMV - _____

Telefone _____ e-mail _____

Resultados de Exames: Web E-mail Fax Contato telefônico

Impressão de Laudos: Sim Não

Gostaria de participar do convênio? Sim Não

Chave de acesso da Web: Usuário: _____ Senha: _____

* O pagamento deve respeitar a data de vencimento, caso contrário será cobrado juros e multa.

Observações: _____
