

DECLARAÇÃO

Eu, _____, abaixo assinado, portador(a) da Cédula de Identidade **RG** número _____ e inscrito(a) no Cadastro de Pessoas Físicas - **CPF** sob o número _____, aceito concorrer ao cargo de _____ na Chapa abaixo relacionada, para **Gestão FBAH 2020/2021** da Federação Brasileira de Administradores Hospitalares – **FBAH**, abaixo discriminada:

Diretoria Executiva:	
Presidente	
Vice-Presidente	
Diretor Administrativo	
Diretor Comercial e de Marketing	
Diretor Financeiro	
Diretor Suplente	

Conselho Fiscal:	
Presidente	
Vice-Presidente	
Segundo Membro Titular	
Terceiro Membro Titular	
Segundo Membro Suplente	
Terceiro Membro Suplente	

São Paulo, _____ de _____ de 2019

Assinatura: _____