

# 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:

| <b>Diretoria Executiva:</b>             |  |
|---|--|
| <b>Presidente</b>                       |  |
| <b>Vice-Presidente</b>                  |  |
| <b>Diretor Administrativo</b>           |  |
| <b>Diretor Comercial e de Marketing</b> |  |
| <b>Diretor Financeiro</b>               |  |
| <b>Diretor Suplente</b>                 |  |

| <b>Conselho Fiscal:</b>         |  |
|---------------------------------|--|
| <b>Presidente</b>               |  |
| <b>Vice-Presidente</b>          |  |
| <b>Segundo Membro Titular</b>   |  |
| <b>Terceiro Membro Titular</b>  |  |
| <b>Segundo Membro Suplente</b>  |  |
| <b>Terceiro Membro Suplente</b> |  |

São Paulo, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2019

Assinatura: \_\_\_\_\_