



FORMULÁRIO DE LOCAÇÃO DE AUDITÓRIO CRM-SC

Antes de preencher, leia atentamente a INSTRUÇÃO NORMATIVA CRM-SC nº 01/19.
Preencha todos os campos solicitados.

1. DADOS DO REQUERENTE:

Nome completo:
Instituição / Empresa:
Cargo:
Se for médico, número do CRM:
CPF / CNPJ:
E-mail de contato:
Telefone de Contato:

2. DADOS DO EVENTO:

NOME DO EVENTO:
PROGRAMAÇÃO (Temas e palestrantes - Enviar anexo):
ENTIDADE PROMOTORA:
DATA:
HORÁRIO DE INÍCIO:
HORÁRIO DE TÉRMINO:
NÚMERO DE PARTICIPANTES:
PÚBLICO A QUEM SE DESTINA O EVENTO:
HÁ COBRANÇA DE TAXAS DE INSCRIÇÃO AOS PARTICIPANTES? Sim ou Não
HÁ PATROCÍNIOS?
HAVERÁ PROPAGANDA?

Termo de SOLICITAÇÃO:

Declaro que as informações contidas neste formulário são verdadeiras e estou ciente do teor da Instrução Normativa CRM-SC nº 01/19.

LOCAL/DATA:

NOME DO RESPONSÁVEL:

ASSINATURA: