




## ANEXO I – FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO

				<b>PARCERIA FARMÁCIAS E DROGRARIAS</b>			
<b>EMPRESA PARTICIPANTE:</b>							
<b>Principal Área de Atividade:</b>				<b>CNPJ:</b>			
<b>Redes sociais:</b>				<b>Site:</b>			
<b>Endereço:</b>				<b>Bairro:</b>		<b>Telefone:</b>	
<b>CEP:</b>		<b>Cidade:</b>		<b>Estado</b>		<b>E-MAIL:</b>	
<b>DADOS PESSOA FÍSICA RESPONSÁVEL:</b>							
<b>Nome:</b>				<b>Endereço:</b>			
<b>Bairro:</b>		<b>CEP:</b>		<b>Cidade:</b>		<b>Telefone:</b>	
<b>DESCRIÇÃO DOS MEDICAMENTOS/PRODUTOS</b>				<b>DESCONTOS OFERECIDOS</b>			

Comprometo-me a conceder descontos, vantagens e serviços aos servidores públicos beneficiários do “Plano de Assistência à Saúde dos Servidores Públicos do Estado do Tocantins”, no período de 02 anos, a contar desta data, ciente de que posso desistir da parceria a qualquer tempo, notificando antecipadamente, no prazo de 30 dias, a Secretaria de Estado da Administração.

Palmas,        de        de 2021

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Responsável