COOPERATIVA DOS MÉDICOS ANESTESIOLOGISTAS DO CEARÁ – COOPANEST–CE
CNPJ 11.807.245/0001-41 – NIRE 2340003979

DECLARAÇÃO E TERMO DE COMPROMISSO

Eu, ...*qualificação completa, nome, profissão, nacionalidade, estado civil, RG, CPF, CRM e endereço completo*....., candidato a associado, DECLARO que estou ciente de todas as condições para ser cooperado da COOPANEST e que, como condição de ingresso e permanência na Sociedade e em cumprimento de disposições estatutárias, assembleares e de normas internas da Cooperativa, se admitido, terei que cumprir *24 (vinte e quatro) horas semanais de plantão*, pelo *período de 12 (doze) meses* a contar da data de minha admissão, nas *escalas de plantão coordenadas pela COOPANEST-CE*, contemplando a capital e/ou interior do Estado do Ceará, consoante as necessidades da Cooperativa e que deverei dispor de tempo e disponibilidade para cumprir os referidos plantões, mediante a remuneração regular paga pela Cooperativa, pelo que firmo a presente DECLARAÇÃO E TERMO DE COMPROMISSO, de livre e espontânea vontade, na melhor forma de direito, comprometendo-me a cumprir as disposições acima, fazendo-o presente instrumento firme e valioso em qualquer tempo e lugar.

Fortaleza-CE, de de 2021.

.....
Dr.(a) .....
RG CREMEC CPF