

ANEXO II – ATESTADO DE VISITA

O Hospital Regional do Litoral Norte - HRLN, vem por meio deste Atestado de Visita, declarar que a empresa [_____] , inscrita no CNPJ sob o nº [_____] , enviou a este complexo hospitalar, o profissional [_____] inscrito no CPF nº [_____] devidamente credenciado, para vistoriar os locais, equipamentos e instalações, visando obter total ciência das condições do local onde o serviços médicos em _____ será prestado, a saber: Hospital Regional do Litoral Norte, e coletar informações de todos os dados e elementos que possam vir a ter influência no valor da proposta a ser apresentada, e neste ato declara que:

- Está ciente de todas as condições relativas à execução do serviço e que tem pleno conhecimento de todas as dificuldades porventura existentes para o cumprimento das obrigações objeto do certame; e
- A execução do serviço será realizada em conformidade com o discriminado no Termo de Referência.

Caraguatatuba, _____ de _____ de 2020.

De acordo:

Hospital Regional do Litoral Norte

Profissional credenciado pela empresa
CPF N°: