



CONSELHO REGIONAL DE MEDICINA DO DISTRITO FEDERAL
Setor de Indústrias Gráficas Quadra 01 Lotes 985 a 1022 Centro Empresarial Parque Brasília 2º Andar Salas
201/202 Cep 70610-410 Brasília-DF Tel.: (61) 3322-0001 - Fax: (61) 3226-1312
Endereço eletrônico: crmdf@crmdf.org.br

REQUERIMENTO DE DESCONTO DE ANUIDADE PESSOA JURÍDICA

Brasília, _____ de dezembro de 2017.

**Ao
Conselho Regional de Medicina do Distrito Federal.
A/C do Senhor Tesoureiro**

Prezado(a) Doutor(a),

Eu, _____
portador do CRM-DF nº _____, Responsável Técnico da empresa
_____, inscrita no CRM-DF
sob o número: _____, CNPJ: _____
solicito a V. Sa. o desconto de 50% sobre o valor da anuidade de 2018.
Declaro que a empresa se enquadra nos termos do artigo 13 da
Resolução CFM nº 2166/2017.

Atenciosamente,

Assinatura do Requerente (Responsável Técnico)

Favor enviar resposta para: (Preencher o endereço eletrônico e telefones).

E-mail.: _____

Fone Comercial (____) _____ Celular (____) _____