

ANEXO II - MINUTA DE DECLARAÇÃO DE HABILITAÇÃO

CT/CONAB/SUREG-MT Nº ____

Cuiabá-MT, ____ de ____ de 20__.

Ao
Sr. Prestador

Declaramos para os devidos fins que _____,
CNPJ _____, atendeu aos requisitos exigidos no processo de credenciamento para prestação de serviços aos beneficiários do Serviço de Assistência à Saúde da Conab, publicado por meio do Edital nº 01/2019.

A presente Declaração de Habilitação para Credenciamento terá vigência de 12 (doze) meses, a partir da data de sua emissão, podendo ser prorrogado por igual período, por interesse da Conab, desde que mantidas as mesmas condições do momento da habilitação.

Outrossim, cumpre-nos reiterar que tal habilitação não implica na obrigação de contratação.

Atenciosamente,

Nome do Empregado
Setor Demandante de Serviços de Assistência à Saúde nas Regionais
Analista/Assistente de Recursos Humanos