



Conab

Companhia Nacional de Abastecimento

ANEXO F – MINUTA DE DECLARAÇÃO DE HABILITAÇÃO

CT SEADE Nº _____

JOÃO PESSOA/PB, ____ 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 nº0 1/2019.

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 na Matriz e/ou Regionais

Analista/Assistente de Recursos Humanos