



REGIÃO AUTÓNOMA DA MADEIRA
GOVERNO REGIONAL
SECRETARIA REGIONAL DA SAÚDE
INSTITUTO DE ADMINISTRAÇÃO DA SAÚDE, IP-RAM

Termo de Adesão

Exmo. Senhor

Presidente do Conselho Diretivo

Do Instituto de Administração da Saúde, IP-RAM

[.....] Nome ou designação social, Proprietário(s)... da clínica/consultório(s)..... sito(s) em..., Concelho..., Distrito..., com o telefone n.º ..., telefax n.º ... e endereço eletrónico... tendo como responsável (s) técnico o médico especialistaou o médico(s) com idoneidade reconhecida pela Ordem dos Médicos para a prestação de cuidados de saúde no âmbito da¹, residente(s) em....., declaram aceitar as condições contratuais estabelecidas no Clausulado-Tipo da Convenção para a prestação de exames de, constante do Anexo I da Portaria n.º, publicada no, n.º, de

Mais declara(m) que a referida clínica/consultório obedece aos requisitos de idoneidade para a celebração de convenções e se compromete a cumprir o estabelecido nas condições contratuais acima referidas e de acordo com os dados constantes da(s) Ficha(s) técnica(s) anexa(s), e que possui(em) capacidade de atendimento para...

Funchal,

Assinatura do Responsável

¹ Cardiologia

