

TERMO DE COMPROMISSO

Comprometo-me, a solicitar o cancelamento de minha inscrição na secretaria do CONSELHO REGIONAL DE ODONTOLOGIA DA BAHIA, caso deixe de exercer a atividade profissional na jurisdição deste Regional e a manter meu endereço RESIDENCIAL E PROFISSIONAL sempre atualizado junto a este Conselho.

Assinatura

(A ASSINATURA DEVE SER DE PRÓPRIO PUNHO, CONFORME DOCUMENTOS ANEXADOS NESTA SOLICITAÇÃO – RG, CNH OU CARTEIRA DE TRABALHO. PODERÁ SER UTILIZADO ASSINATURA DIGITAL DO GOV.BR)
