

**TERMO DE ADESÃO AO PROGRAMA DE SUBVENÇÃO E SOLIDARIEDÁGUA**

1 - Hospital			
Nome:			
CNPJ:		Telefone(s):	
2 - Representante legal			
Nome:			
Doc. identidade nº:		CPF:	
3 - Subvenção - Informações da unidade que receberá o benefício			
Matrícula:		Endereço da Ligação:	
Nº.	Compl.	Bairro:	
Localidade:			MG
E-mail da entidade:			CEP.:
4 - Vigência			
A vigência da subvenção será de um ano e será renovada mediante apresentação de documentação atualizada, conforme Condições Gerais do Programa.			
5 - Adesão (Marque uma ou duas opções de acordo com o interesse do hospital)			
<input type="checkbox"/> Subvenção			
<input type="checkbox"/> Solidariedade (ficará a cargo do hospital, fazer a captação de doadores.)			
6 - Conta bancária (Não é necessário preencher em caso de NÃO ADESÃO ao Solidariedade)			
Nome do Banco:		Código do Banco:	
Agência nº:		Nº da Conta Corrente:	
Em caso de alteração dos dados bancários, é indispensável o envio do comprovante.			
7 - Ciência e concordância			
Conforme Condições Gerais do Programa de Subvenção e Solidariedade, ressalta-se que o vencimento de 02 (duas) faturas, de meses consecutivos ou não, sujeitará a instituição à perda da subvenção, sem a necessidade de prévio aviso. Ao assinar, afirmo que li e estou de acordo com as Condições Gerais do Programa de Subvenção e Solidariedade, disponíveis no site da COPASA MG.			
Local e data: _____, de _____ de 20____			
_____ (Assinatura do representante legal)			
Os campos abaixo serão preenchidos pela COPASA MG			
8 - Volume subvencionado			
Volume mensal subvencionado: _____ m ³ /mês			
CS Nº:		Data de Aprovação:	