



ASSOCIAÇÃO BENEFICENTE DOS MILITARES

INDICAÇÃO PARA PARCERIA

O profissional _____
que atua no município de _____
num período de _____ (anos/meses).

Seu consultório é de _____ (fácil/difícil) acesso.

Localizado _____ (próximo/distante) do quartel.

Que conceito o profissional interessado pela parceria, tem perante sua comunidade?

Motivo pela qual opino pelo:

Parceria

Não Parceria

Representante

____/____/____
Data