

AUTORIZAÇÃO

Profissional da Área Médica:

Nome: _____

CPF.: _____; Numero do Conselho.: _____; UF.: _____;

Profissão/Especialização: _____;

End. Profissional: _____;

Contatos: _____;

Eu, profissional da área médica, retro qualificado, atuante na cidade de _____ e conhecendo a sistemática e política de divulgação disponibilizada pelo LEMOS LABORATÓRIOS DE ANÁLISES CLÍNICAS S/C LTDA., sediado na cidade de Juiz de Fora – MG, através de seu *site*, **AUTORIZO**, através da presente e para os devidos fins, a divulgação de meus dados, ora informados, em seu *site* www.lemoslab.com.br na área “encontre seu médico”, responsabilizando-me pelos mesmos, assim como por eventual modificação necessária, o que deverá ser informado por escrito à administração do laboratório, isentando este de quaisquer responsabilidades ou possíveis danos correlatos às informações repassadas.

_____, ____ de _____ de _____.

Assinatura



*Doutor, cadastre-se gratuitamente
e seja localizado por seus pacientes de todo o Brasil!*



LEMOS DIAGNÓSTICOS
LABORATÓRIO & IMAGEM

Av.: Presidente Itamar Franco, 2251 – São Mateus

Juiz de Fora-MG

Cep: 36.025-290

Site: www.lemoslab.com.br

E-mail: lemoslaboratorios@lemoslab.com.br

Tel.: (32) 3257-3200

Preencha as informações deste formulário de autorização e envie para:

LEMOS LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

Av. Presidente Itamar Franco nº 2251

Bairro: São Mateus

Juiz de Fora – MG

CEP: 36025-290