TERMO DE EXCLUSÃO DO PROFISSIONAL

|  |  |
| --- | --- |
| Proprietário (a) do Sistema | |
| Nome |  |
| CPF |  |
| RG |  |
| Email |  |

|  |  |
| --- | --- |
| Dados do Profissional para Inclusão | |
| Nome |  |
| CPF |  |
| RG |  |
| Email |  |
| Celular |  |
| Graduação |  |
| Campo de atuação |  |
| Endereço Completo |  |

Eu, proprietário, confirmo a exclusão do profissional declarado acima, determinando o término de uso do meu sistema adquirido e registrado na Sociedade Brasileira de Neurometria (SBN), sendo eu não mais corresponsável pelo uso desse profissional (ou aluno) perante ao departamento financeiro e ético da SBN.

Estou ciente que deverei quitar qualquer pendência financeira promovida pelo profissional e responder eticamente pelos atos do mesmo até a data de confirmação do recebimento desse documento pela SBN.

Data da Assinatura\*

Local e Data da Assinatura

São Paulo, \_\_\_\_\_/\_\_\_\_\_/20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Assinatura Proprietário)

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(Assinatura do Profissional)