TERMO DE INCLUSÃO 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, concordo com a inclusão do profissional declarado acima, para utilização do meu sistema adquirido e registrado na Sociedade Brasileira de Neurometria (SBN), sendo eu corresponsável pelo uso do sistema por esse profissional (ou aluno) perante ao departamento financeiro e ético da SBN, assim como os pacientes.

Proprietário e profissional incluso: seguiremos também as normas e regras estabelecidas pela SBN, assim como pela ANVISA e Inmetro, conforme manual de instruções, e utilizaremos de acordo com a classe profissional. Estou ciente que esse documento de inclusão faz parte do processo e que o profissional só será incluído em definitivo após concluir o curso na SBN.

Local e Data da Assinatura

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

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

(Assinatura Proprietário)

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

(Assinatura do Profissional)