



SERVIÇO PÚBLICO FEDERAL
CONSELHO REGIONAL DE TÉCNICOS EM RADIOLOGIA
CRTR 3.ª REGIÃO

TERMO DE COMPROMISSO/RECEBIMENTO DE CREDENCIAL

Eu _____

Identidade n.º _____, CPF N.º _____,

Inscrito(a) neste Conselho sob o CRTR N.º _____, solicito que seja enviada

minha **CREDENCIAL PROFISSIONAL** de: () Tecnólogo em Radiologia

() Técnico em Radiologia

() Auxiliar em Radiologia

() Estagiário;

via **CORREIOS**, através de: () **SEDEX** – Valor: R\$23,00 (vinte e três reais)
Prazo de Entrega de 01 a 03 dias úteis

ou

() **AR** – Valor: R\$14,00 (quatorze reais)
Prazo de Entrega de 03 a 05 dias úteis.

Através deste documento assumo a responsabilidade pelo recebimento da mesma e também do pagamento antecipado das despesas postais, cujo valor deverá ser depositado no Banco do Brasil – Conta corrente 154.116-1 – Ag. 1615-2.

_____, ____ de _____, de _____

(ASSINATURA RECONHECIDA EM CARTÓRIO)