ANS - nº 304484

FORMULÁRIO PARA CANCELAMENTO DO CARTÃO CONVÊNIO FARMÁCIA

Para solicitar o cancelamento do Convênio Farmácia preencha e imprima o "Formulário para cancelamento do cartão convênio farmácia" e envie, juntamente com a Carteirinha da NISSEI, ao GRC – Gestão de Relacionamento com o Cooperado.

Endereço: Rua Miguel Poholink, 130 – Hauer – CEP: 81610220 – Curitiba PR.

Para informações adicionais entre em contato através do e-mail grc@dentaluni.com.br ou pelos telefones:
4007 2300 (capitais e regiões metropolitanas) | 0800 052 6000 (demais localidades)

Data:

Eu, Dr. (a),

CRO: **CPF** . . - **Documento de identificação**

Data de nascimento:

Solicito o cancelamento do Convênio Farmácia das DROGARIAS NISSEI, estando ciente de que o benefício será encerrado imediatamente e ficando responsável pela quitação de débitos pendentes e a devolução do cartão*.

*Caso o cartão tenha sido extraviado, por gentileza justifique:

Assinatura e CRO do Cooperado