



## FICHA DE INSCRIÇÃO DO LABORATÓRIO CLÍNICO

1 – Para uso exclusivo do DICQ. Favor não preencher		
DATA DO CONTATO / /	RECEBIDO POR: <input type="checkbox"/> FAX <input type="checkbox"/> CARTA <input type="checkbox"/> TEL <input type="checkbox"/> E-mail <input type="checkbox"/> Outros:	Nº DO PROCESSO
NOME DO SOLICITANTE		
CARGO		
2 – Para uso exclusivo do Laboratório Clínico. Favor preencher com clareza		
Dados do Laboratório Clínico		
Razão Social		
Endereço		
Cidade	Estado	CEP
CNPJ	CPF	
Telefone	Fax	E-mail
Previsão de Auditoria		
DATA PREVISTA PARA A AUDITORIA TÉCNICA	DATA PREVISTA PARA A AUDITORIA INICIAL	
(MÊS / ANO)      /      /	(MÊS / ANO)      /      /	

Solicito a inscrição deste Laboratório Clínico perante o DICQ - SISTEMA NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, para a obtenção do Certificado de Acreditação do Sistema de Gestão da Qualidade, de acordo com os requisitos previstos no Manual de Acreditação do Sistema de Gestão da Qualidade de Laboratórios Clínicos.

Remeto anexo o cheque, nominal ao DICQ - SISTEMA NACIONAL DE ACREDITAÇÃO, correspondente à taxa de inscrição:

Banco nº: \_\_\_\_\_ Agência nº: \_\_\_\_\_ Conta nº: \_\_\_\_\_ Emitente \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.  
(Local / Data)

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Diretor do Laboratório/Responsável.

**Observação:** Para completar a sua inscrição favor preencher o formulário: "b) Solicitação de Acreditação" e remeter ao DICQ.