

ANEXO II - MODELO M

**PAGO COM RECURSOS DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE/
PREFEITURA MUNICIPAL DE AMPARO/SP.**

TERMO DE COLABORAÇÃO Nº _____

NOME DA ORGANIZAÇÃO DA SOCIEDADE CIVIL: _____

VALOR: _____

FONTE DO RECURSO: **MUNICIPAL**

Nos casos de contratação de serviço ou aquisição de material:

DECLARO TER RECEBIDO : o/os produto (s) OU o/os serviço prestado (s)

EM CONFORMIDADE.

Nome e C.P.F do Responsável

_____/_____/_____
Data