



Ministério da Saúde



ANEXO II

TERMO DE RESPONSABILIDADE

A entidade _____, com o Contribuinte Fiscal nº _____, nos termos do Regulamento de Aluguer dos Espaços do Instituto Nacional de Investigação em Saúde, declaro assumir incondicionalmente total responsabilidade pela utilização do(s) espaço(s) e equipamentos por mim selecionados no Pedido de Cedência em anexo. Sendo assim responsável pelo pagamento das taxas e licenças obrigatórias por Lei e das tarifas de utilização previstas no regulamento acima referido, bem como pelo pagamento ou reparação de quaisquer danos causados.

_____, ____/____/____

(assinatura)