



PROPOSTA PARA MEMBRO CORRESPONDENTE

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E

DE CIRURGIA VASCULAR-SBACV, CNPJ/MF Nº 30.113.997/0001-57

Colar
fotografia

* O ingresso na associação depende de aprovação nos termos do Estatuto Social.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO

Nome Completo: _____

Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____ Data de Nascimento: / /

Estado Civil: _____ CPF/MF: _____ RG: _____ SSP/

CRM: _____ Registro no Conselho Local: _____

Diplomado em: / /

Faculdade: _____

Hospital de Residência Médica / Especialização: _____

Títulos e Especializações: _____

CONTATOS

Endereço Consultório: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ País: _____

Outras informações: _____ CEP: _____

Tel. Comercial: () _____ Fax: () _____

() Autorizo a disponibilização do meu endereço e telefone comercial para consulta pública no site

Endereço Residência: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ País: _____

Outras informações: _____ CEP: _____

Tel. Residencial: () _____ Celular: () _____

Endereço p/ correspondência: () Consultório OU () Residência

E-mail: _____

Declaro, para os devidos fins, que estou ciente das condições e procedimentos para ingresso no quadro associativo da SBACV e de sua Regional retro designada, bem como dos direitos e obrigações descritos em seus Estatutos Sociais.

_____ de _____ de 20____.
(data e local da Solicitação)

(Assinatura do Solicitante)

INDICAÇÃO DE ASSOCIADOS EFETIVOS OU TITULARES:

1- Nome: _____ CRM: _____ Assinatura: _____

2- Nome: _____ CRM: _____ Assinatura: _____

APROVAÇÃO

Aprovado pela SBACV Nacional em ____ de _____ de 20____.

Assinatura SBACV-Nacional