



SOLICITAÇÃO DE REMIDO

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E DE CIRURGIA VASCULAR

CNPJ/MF Nº 30.113.997/0001-57

* A aprovação da condição depende da adequação aos termos do Estatuto Social e Regimento Interno.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO

Nome Completo: _____

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

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

CRM: _____

Diplomado em: / /

Categoria atual: _____

Participante da SBACV por mais que 30 (trinta) anos ininterruptos, desde: _____

Faculdade: _____

Títulos e Especializações: _____

ATUALIZAÇÃO DE 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)

APROVAÇÃO

() Participação na SBACV por mais que 30 (trinta) anos ininterruptos

() Mais que 65 (sessenta e cinco) anos de idade

() Quite com a Tesouraria

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

Assinatura SBACV-Nacional