



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: _____ UF: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Estado Civil: _____ Gênero: _____

CRM: _____ UF: _____ Diplomado em (ano): _____

Faculdade: _____

E-mail: _____

Tel. Celular: (____) _____ WhatsApp: _____

CONTATOS

End Residêncial: _____ nº _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Tel. Residencial: (____) _____

Endereço p/ correspondência: (____) Consultório OU (____) Residencial

End. Consultório: _____ nº _____

Bairro: _____ Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Tel. Comercial: (____) _____

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

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.

Solicito a condição de Remido a partir do ano de _____.

_____ de _____ de 20____.

(Local e data 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 na data de Remido

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

Assinatura SBACV-Nacional