



PROPOSTA PARA ASSOCIADO NA CATEGORIA PLENO

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E DE CIRURGIA

VASCULAR-SBACV, CNPJ/MF nº 30.113.997/0001-57, e na

REGIONAL _____, CNPJ/MF nº _____

* **Enviar 2 (duas) vias originais assinadas.** Ingresso simultâneo, vinculado aos termos dos Estatutos Sociais.



Colar

fotografia

FICHA DE QUALIFICAÇÃO

Nome Completo: _____

Nacionalidade: _____ Data de Nascimento: / / Gênero: _____

CPF/MF: _____ RG: _____ SSP/ _____

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

E-mail: _____

Tel. Celular: () _____ WhatsApp: _____

Especialização: () Residência (reconhecida pelo MEC) ou () Estágio reconhecido pela SBACV

Curso: _____

Entidade de ensino (escola): _____

Hospital ligado à instituição de ensino: _____

Aspirante por 3 (três) anos - desde: / / _____

CONTATOS

End Residencial: _____ nº _____ Comp: _____

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

Tel. Residencial: () _____

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

End. Consultório: _____ nº _____ Comp: _____

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.

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

(Assinatura do Solicitante)

INDICAÇÃO DE ASSOCIADOS EFETIVOS OU TITULARES:

1- Nome: _____ CRM: _____ Assinatura: _____

2- Nome: _____ CRM: _____ Assinatura: _____

APROVAÇÃO (documento conferido)

() CRM (com RG e CPF) () Quite com a Tesouraria () Comprovante de Especialização reconhecidos

Aprovado pela Regional em _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Presidente ou Secretário da Regional

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

Assinatura SBACV-Nacional