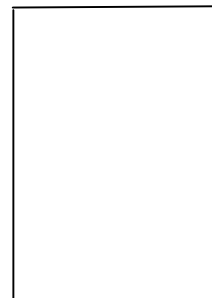




**SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA
E DE CIRURGIA VASCULAR**

REGIONAL _____



PROPOSTA PARA ASSOCIADO PLENO

Nome: _____

Filiação: _____

Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____

CPF: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Estado Civil: _____

Diplomado em: ____/____/____ Faculdade: _____

CRM: _____

Aspirante da SBACV desde: ____/____/____

Hospital de Residência Médica / Especialização: _____

Endereço Consultório: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Tel.: () _____ Fax: () _____ Celular: () _____

Endereço Residência: _____ Bairro: _____

Cidade: _____ Estado: _____ CEP: _____

Tel.: () _____ Fax: () _____

Endereço para correspondência: Consultório Residência

E-mail: _____

_____ de _____ de 20____

Assinatura do Proposto

Associados Proponentes Efetivos ou Titulares:

1- Nome: _____ Assinatura: _____ CRM: _____

2- Nome: _____ Assinatura: _____ CRM: _____

Aceito em sessão de Diretoria da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascular

Regional de _____ em _____ de _____ de 20____ .

Assinatura do Secretário

Assinatura do Presidente