



SOLICITAÇÃO DE DESCONTO PARA MEMBRO ASPIRANTE-

SOCIEDADE BRASILEIRA DE ANGIOLOGIA E DE CIRURGIA VASCULAR

CNPJ/MF Nº 30.113.997/0001-57 e na,

REGIONAL _____, CNPJ/MF nº _____

* **Enviar 2 (duas) vias originais assinadas.** A aprovação depende da adequação aos termos do Estatuto Social e Regimento Interno.

FICHA DE QUALIFICAÇÃO

Nome Completo: _____

Participante da SBACV desde: _____ Categoria: _____

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

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

CRM: _____ Diplomado em: / / () comprovante anexo

Faculdade: _____

Hospital de Estágio/Residência Médica: _____

Início: / / Término previsto: / /

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

() Comprovante de Residência e/ou Estágio Reconhecido - VALIDADE DO COMPROVANTE ____/____/____

() Quite com a Tesouraria

Aprovado pela Regional em _____ de _____ de 20____.

Assinatura do Presidente da Regional

Assinatura do Secretário/Presidente da Regional

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

Assinatura SBACV-Nacional

DESCONTO CONCEDIDO ATÉ ____/____/____