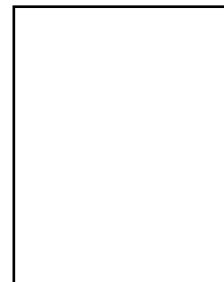


SBACV

Sociedade Brasileira de Angiologia e de
Cirurgia Vascula-regional Goiás



Proposta para admissão de sócio:

ASPIRANTE

EFETIVO

TITULAR

COLABORADOR

Nome: _____

Filiação: _____

Nacionalidade: _____ Cidade/Estado _____

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

Diplomado em ____ / ____ / ____ Faculdade _____

CRM _____ sócio AMB: sim não nº _____ desde _____

Local de trabalho: _____

End. _____

Cidade/estado _____ CEP: _____ Telefones _____

Residência: _____

Telefone: _____ Celular: _____

Endereço para correspondência: _____

CEP: _____ Cidade/Estado: _____ E-mail: _____

_____ de _____ de _____

Assinatura do proposto

Sócios Titulares Proponentes:

1. _____ CRM _____

2. _____ CRM _____

3. _____ CRM _____

4. _____ CRM _____

5. _____ CRM _____

Aceito em sessão de Diretoria da Sociedade Brasileira de Angiologia e de Cirurgia Vascula-

regional Goiás em _____ de _____ de _____

Assinatura do Presidente

Assinatura do Secretário