



SOLICITAÇÃO PARA ALTERAÇÃO DE REGIONAL

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.

Solicito o desligamento da Regional (ATUAL): _____

E o ingresso no quadro de associados da Regional (PARA ONDE VAI): _____

Eu, abaixo assinado e qualificado, associado adimplente, venho solicitar à SBACV-Nacional a minha alteração de Regional, em virtude de alteração de endereço profissional, mantendo as mesmas condições e categoria perante a SBACV-Nacional. Após a aprovação da alteração, solicito que meus documentos sejam encaminhados pela Regional anterior para a nova Regional.

QUALIFICAÇÃO

Nome Completo: _____

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

Estado Civil: _____ Gênero: _____

CPF/MF: _____ RG: _____ SSP/ _____

Faculdade: _____ Diplomado em (ano): _____

E-mail: _____

Tel. Celular: () _____ WhatsApp: _____

CRM novo: _____ UF: _____ CRM antigo será mantido? Se sim CRM: _____ UF: _____

CONTATOS

CONTATOS NOVOS:

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

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

(Assinatura do Solicitante)

Solicitação comunicada à Regional (ANTERIOR, de onde está saindo) em ____/_____/____

Solicitação recebida e aprovada pela Regional (NOVA, para onde o associado está indo) em ____/_____/____

Assinatura do Secretário/Presidente da Regional

Alteração informada para SBACV Nacional em ____ de _____ de 20____.