



SOLICITAÇÃO DE DESCONTO PARA ASPIRANTE RESIDENTE/ESTAGIÁRIO

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: _____

CPF/MF: _____ RG: _____ SSP/ _____

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

Faculdade: _____

Informações sobre a Residência/Estágio _____

Local (entidade de ensino e hospital): _____

Especialização em (curso/área de especialização) _____

Reconhecido pelo MEC ou pela Sociedade: _____

Responsável pela Residência/Estágio: _____

Data de Início da Residência/Estágio: ____/____/____

Término previsto para a Residência/Estágio: ____/____/____

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 - Preenchimento pela SBACV

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

() Quite com a Tesouraria

Aprovado pela Regional em _____ de _____ de 20____.

DESCONTO CONCEDIDO ATÉ ____/____/____

Assinatura do Secretário/Presidente da Regional

Informação recebida pela SBACV Nacional em ____ de _____ de 20____.

Assinatura SBACV-Nacional