

Proposta para associado



Nº de Inscrição APCD _____

Sócio: _____

EFETIVO RECÉM FORMADO ACADÊMICO AFIM ESTRANGEIRO DEPENDENTE ASB/TSB/TPDFETIVO *ABCD

*Fora do Estado de São Paulo

Nome: _____ Número CRO: _____ UF: _____

Sexo: M F Estado Civil: _____ Data de nascimento: _____ RG _____ UF: _____

Cidade: _____ CIC/CPF _____

Faculdade: _____ Provável conclusão do curso em 1º Semestre 2º Semestre

Nome do pai: _____ Nome da mãe: _____

Onde deseja receber correspondência? _____

RESIDÊNCIA CONSULTÓRIO Endereço: _____

Complemento: _____ Bairro: _____ Cep: _____

Cidade: _____ UF: _____ E-mail: _____

Telefone residencial: _____ Telefone comercial: _____ Telefone celular: _____

Possui alguma especialidade? _____

SIM NÃO Área(s): _____ Área(s) de interesse / Pretensão Científica: _____

Associado Dependente _____

Nome do titular: _____ CIC/CPF _____

Requerimento _____

Venho através desta, requerer minha adesão ao quadro associativo da entidade e após análise e aprovação, autorizo a APCD emitir o documento de cobrança bancária (boleto mensal), cobrando juntamente o Seguro de Responsabilidade Civil.

Sócio Acadêmico _____

Nome do diretor ou secretário da faculdade _____ Carimbo e Assinatura da Faculdade _____

Local, Data _____ de _____ 20 _____ Assinatura Sócio _____

Aprovação da Proposta – Regional _____

Secretaria da Regional | data de entrada e visto _____ Diretoria da Regional | data de entrada e visto _____

Secretaria Social | APCD Central | data e visto _____ Secretaria Geral | APCD Central | data e visto _____