Associação Paulista de Cirurgiões-Dentistas
Regional Guarulhos

PROPOSTA PARA SÓCIO

Nº DE INSCRIÇÃO APCD

PARA SER PREENCHIDO PELA CENTRAL

EFETIVO ☐ RECÉM FORMADO ☐ ACADÊMICO ☐ NACIONAL ☐ DEPENDENTE ☐

NOME

Nº CRO | UF | SEXO M ☐ F ☐ | ESTADO CIVIL SOLTEIRO ☐ CASADO ☐ VIÚVO ☐ DESQUITADO ☐ DIVORCIADO ☐

DATA DE NASC | LOCAL DE NASCIMENTO | UF | NACIONALIDADE

Nº RG | UF | Nº CIC/CPF | FORMADO NO ANO DE | 1º SEM. ☐ 2º SEM. ☐

PROVÁVEL CONCLUSÃO DO CURSO EM | 1º SEM. ☐ | 2º SEM. ☐ | FACULDADE

FILIAÇÃO PAI

MÃE

ONDE DESEJA RECEBER CORRESPONDÊNCIA ? RESIDÊNCIA ☐ CONSULTÓRIO ☐

ENDEREÇO RESIDENCIAL

COMPLEMENTO | CEP -

BAIRRO | CIDADE | UF

ENDEREÇO CONSULTÓRIO

COMPLEMENTO | CEP -

BAIRRO | CIDADE | UF

TELEFONE RESIDENCIAL
DDD | TEL. | FAX

TELEFONE CONSULTÓRIO
DDD | TEL. | FAX

TELEFONE CELULAR
DDD | TEL. | E-MAIL

ESPECIALISTA
SIM ☐ NÃO ☐ ÁREA(S)

ÀREA (S) DE INTERESSE (PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO) _____

REQUERIMENTO

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

LOCAL, DATA	ASSINATURA SÓCIO
_____, DE _____20_____	_____

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
/ /	/ /