



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: _____

Categoria: _____

Nacionalidade: _____

Naturalidade: _____

Data de Nascimento: / /

Estado Civil: _____

CPF/MF: _____

RG: _____

SSP/ _____

CRM novo: _____

UF: _____

Diplomado em: _____

/ /

CRM antigo será mantido? Se sim CRM: _____

UF: _____

CONTATOS NOVOS:

Endereço Consultório: _____

Complemento: _____

Bairro: _____

Cidade: _____

Estado: _____

CEP: _____

Tel. Comercial: () _____

WhatsApp: () _____

() Autorizo a disponibilização do meu endereço e telefone comercial para consulta pública no site _____

Endereço Residência: _____

Complemento: _____

Bairro: _____

Cidade: _____

Estado: _____

CEP: _____

Tel. Residencial: () _____

Celular: () _____

Endereço p/ correspondência: () Consultório OU () Residência _____

E-mail: _____

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

(Assinatura do Solicitante)

Solicitação comunicada à Regional (ANTERIOR, de onde esta 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____.