

Solicito minha inscrição como sócio da Associação Médica de Minas Gerais e da Associação Médica Brasileira

Nome completo: _____
Sexo: M F Nascimento: _____ C.R.M.: _____
Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____
Filiação: Mãe: _____
Pai: _____
Estado Civil: _____ Cônjuge: _____
Identidade: _____ Órgão emissor: _____ C.P.F.: _____

Endereço Residencial

Endereço: _____ Complemento: _____
Bairro: _____ Cidade: _____
Estado: _____ CEP: _____ DDD/Fone: _____

Endereço Comercial

Endereço: _____ Complemento: _____
Bairro: _____ Cidade: _____
Estado: _____ CEP: _____ DDD/Fone: _____

Endereço para correspondência: () Residencial () Comercial

Telefone Celular: _____ E-mail: _____

Formação Acadêmica:

Curso:	Início:	Término:	Instituição de Ensino:
_____	____/____/____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	____/____/____	_____
_____	____/____/____	____/____/____	_____

Especialidades: _____

ATENÇÃO:

- Após aceite desta proposta o associado se compromete a quitar as anuidades e demais débitos previstos no estatuto, bem como observar as demais obrigações nele consignadas.
- Somente com pedido formal de desligamento cessará a responsabilidade do associado frente à AMMG.
- É de inteira responsabilidade do associado a veracidade das informações prestadas no ato da filiação.
- Para sua comodidade e segurança mantenha sempre atualizado o seu endereço de correspondência.

Local: _____ Data: ____/____/____ Assinatura: _____

OBS: Anexar xerox da carteira do Conselho Regional de Medicina do Estado de Minas Gerais