

Foto 3x4

Dados Cadastrais			
Nome:		CRM:	
Especialidade Principal:		RQE:	
Outras Especialidades:		RQE:	
Formado em: __/__/__	Faculdade:		
Celular:	E-mail:		
End. Res.:			
Bairro:	CEP:	Tel. Res.:	
End. Cons.:			
Bairro:	CEP:	Tel. Cons.:	
E-mail Consultório:			
Hospital em que trabalha:			
Hobby/Esporte:		Idiomas:	
Identificação			
Nasc: __/__/__	RG:	Data Exp: __/__/__	CPF
Nacionalidade:		Natural de:	
Título de Eleitor:	Zona:	Seção:	
Dependentes			
Esposa(o):		Data Nasc.:	
Filho(a):		Data Nasc.:	
Filho(a):		Data Nasc.:	
Filho(a):		Data Nasc.:	

Joinville, ____ de _____ de _____

Ilmo Sr.

Dr. Antônio César Franco Garcia

Presidente da Sociedade Joinvilense de Medicina

Senhor Presidente,

Eu, _____, abaixo assinado, médico, natural de _____, filho de _____ e de _____, residente nesta cidade à _____, venho mui respeitosamente solicitar à V.S.a., a minha inscrição como sócio nesta entidade de classe.

Atenciosamente,

Dr.(a): _____

CRM: _____

Joinville, ____ de _____ de ____

Ilmo Sr.

Dr. Antônio César Franco Garcia

Presidente da Sociedade Joinvilense de Medicina

Senhor Presidente,

Através desta, vimos recomendar à Sociedade Joinvilense de Medicina, o(a) Dr.(a):

Por ser de elevados dotes éticos profissionais, sentimo-nos a vontade e seguros nesta apresentação.

Sendo gratos pela atenção que derem ao nosso recomendado, subscrevemo-nos.

Atenciosamente,

Dr.(a) _____

CRM: _____

Especialidade: _____

Dr.(a) _____

CRM: _____

Especialidade: _____

DECLARAÇÃO

Eu, abaixo assinado, médico, residente nesta cidade, declaro que li o Estatuto da Sociedade Joinvilense de Medicina, estando de pleno acordo com os termos nele contidos.

Joinville, ____ de _____ de ____

Dr.(a): _____

CRM: _____

AUTORIZAÇÃO PARA COBRANÇA DA MENSALIDADE SJM

Valor da mensalidade: **R\$ 77,00 - Inteira**
R\$ 38,50 - Meia (Para sócios Residentes)

Formas de pagamento:

- Boleto:

() Boleto bancário entregue no endereço residencial

Rua: _____ Nº _____ Complemento _____

Bairro: _____ CEP: _____

() Boleto bancário entregue no endereço comercial

Rua: _____ Nº _____ Complemento _____

Bairro: _____ CEP: _____

() Boleto bancário entregue via e-mail

E-mail: _____

- Débito em conta corrente:

() Banco Unicred

Solicitar na secretaria da SJM o termo de autorização

() Banco Santander

Solicitar na secretaria da SJM o termo de autorização e comparecer na agência Santander anexa ao Hospital Unimed Joinville para fazer cadastro biométrico.

- () Anuidade – R\$924,00:

Para os pagamentos efetuados entre janeiro e março de cada ano, o associado tem desconto de uma mensalidade (R\$77,00 ou R\$38.50). O pagamento pode ser efetuado em dinheiro ou cheque na secretaria SJM, cartão de débito ou boleto bancário.

Assinatura: _____

Nome: _____ CRM: _____ Data: ___/___/___