Joinville,____ de _____ de _____

Dra. Scheila Siebeneicher
Presidente da Sociedade Joinvilense de Pediatria

Senhora Presidente,

Eu, _____, abaixo assinado, médico(a), natural de _____, filho(a) de _____ e de _____, residente nesta cidade à _____, solicito através deste documento a minha inscrição como sócio(a) nesta entidade de classe.
Declaro também que li o Estatuto da Sociedade Joinvilense de Pediatria e estou de pleno acordo com os termos nele contidos.

Atenciosamente,

Dr.(a): _____

CRM: _____

Joinville,____ de _____ de _____

Dra. Scheila Siebeneicher
Presidente da Sociedade Joinvilense de Pediatria

Senhora 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: _____

TERMO DE AUTORIZAÇÃO DE COBRANÇA DA ANUIDADE/SEMESTRALIDADE

Forma de pagamento:

( ) Boleto Anual - R$ 360,00

( ) Boleto Semestral - R$ 180,00

Endereço de e-mail para envio do boleto:

E-mail: _____

Assinatura:_____

Nome:_____ CRM:_____

Data: ___/___/___