



FICHA DE INSCRIÇÃO

Dados pessoais do(a) médico(a) associado(a)

Nome completo: _____

Endereço completo com CEP: _____

Estado civil: _____ CRM (Estado de Registro e n.º): _____

Possui registros em outros Estado: () sim () Não

No caso positivo, fornecer o numero dos outros registros: _____

CPF n.º: _____ CIRGn.º: _____

Telefones: Residencial _____ Celular _____

Comercial _____

Email: _____

Está cursando ou já terminou a pós-graduação em Dermatologia: () sim () não

Nome da Instituição filiada: _____

Por meio da presente, venho requerer a minha inscrição como médico(a) associado(a) na categoria contribuintes, da associação denominada **ACADEMIA BRASILEIRA DE DERMATOLOGIA – ABD**, inscrita no CNPJ sob o n.º 04.020.646/0001-91, com sede na Avenida do Contorno, n.º 4852, sala 602, bairro Funcionários, Belo Horizonte/MG, CEP: 30.110-031, telefone (31) 3221-6642.

Ao assinar este instrumento, declaro estar ciente do inteiro teor do estatuto social da associação, bem como dos direitos e dos deveres impostos aos membros desta instituição. Igualmente, comprometo-me a zelar pelo bom cumprimento destas regras e pela efetivação dos objetivos da associação.

Comprometo-me a honrar, em dia, com todas as parcelas pecuniárias por mim devidas a esta instituição, notadamente a(s) seguinte(s), sob pena de justo desligamento da associação: anuidade no valor de R\$ 500,00 (quinhentos reais), devendo a primeira ser paga à vista no ato de inscrição, através de depósito ou transferência bancária de titularidade da ABD, no Banco Itaú 341 , agência 5197, conta corrente 03608-9.

Para efetivar minha inscrição, estou ciente de que devo enviar, juntamente com a ficha de inscrição assinada, os seguintes documentos: (i) declaração original assinada pelo Representante Legal da Instituição de Ensino formalmente filiada e/ou cópia do Certificado de conclusão do curso de pós-graduação em Dermatologia emitido pelo MEC; (ii) cópia do Diploma de conclusão do curso de Medicina; (iii) do CRM e (iv) do comprovante original de pagamento à vista da anuidade estabelecida, os quais poderão ser entregues pessoalmente ou via correio (com AR) no endereço da sede da ABD, ou ainda, poderão ser digitalizados e enviados pelo email abd@acaderm.org.br.

Por fim, estou ciente de que meu pedido de associação está vinculado ao integral cumprimento das obrigações aqui impostas, no que tange ao pagamento da anuidade, acrescido do envio dos documentos aqui consignados, para que então o mesmo possa ser levado à aprovação da Diretoria Executiva.

.....de.....de.....

Assinatura do associado(a)