



SBERTO

SOCIEDADE BRASILEIRA DE REABILITAÇÃO
TRAUMATOLÓGICA E ORTOPÉDICA

Proposta de Associação

Nome: _____

Data de Nasc: _____

RG: _____ CPF: _____

Área: () Estudante () Profissional.

Área de Formação: _____

Instituição: _____

Número de Registro Profissional: _____

Contatos - Profissional:

Endereço: _____

N° _____ Conj _____ CEP _____

Telefone: _____ Cel. _____ Fax _____

E-mail: _____

Contatos - Residencial:

Endereço: _____

N° _____ Conj _____ CEP _____

Telefone: _____ Cel. _____ Fax _____

E-mail: _____

O Envio de Correspondência deverá ser realizado para :

() Contatos – Profissional () Contatos - Residencial

- o Membro Associado está ciente que deverá respeitar todas as determinações prescritas no Estatuto Institucional, Regimento Interno e Código de Ética da Entidade. (SBERTO) constantes no site da entidade.
- Deverá o Membro Associado realizar pagamento das taxas de inscrição e anuidade afixadas pela diretoria.
- Deverá o Membro Associado solicitar desligamento por escrito conforme o regimento da Secretaria Geral, para suspender filiação e contribuição para o ano seguinte.

_____, ____ de _____ de 200__

Assinatura

Observações:

* Enviar a ficha de inscrição devidamente preenchida com fotocópia de RG, CPF, Comprovante de Residência e Comprovante de Depósito de Inscrição e Anuidade.