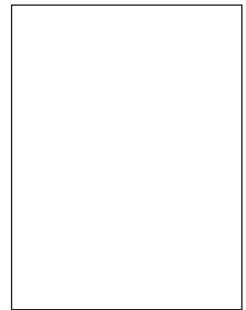




**ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ALERGIA E IMUNOPATOLOGIA
DEPARTAMENTO DA ASSOCIAÇÃO MÉDICA BRASILEIRA**

Av. Prof. Ascendino Reis, 455 - Vila Clementino - CEP 04027-000
Tel.: +55 11 5575-6888 / 5575-1204 - Fax: +55 11 5572-4069 - São Paulo - SP - Brasil
Home-Page: www.asbai.org.br - E-mail: asbai@asbai.org.br



Juntar 1 fotografia 3x4

PROPOSTA PARA SÓCIO

PREENCHER PREFERENCIALMENTE À MÁQUINA OU EM LETRA DE FORMA

Nome: _____

CPF: _____ CRM: _____ RG: _____

Residência: _____

CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____ Tel.: (____) _____

Consultório: _____

CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____ Tel.: (____) _____

e-mail: _____

Local de Nascimento (Cidade e Estado) _____ Data de Nascimento: _____

Faculdade onde se formou: _____ Ano de formatura: _____

Residência Médica em Alergia / Imunologia: Local _____ Início: _____ Fim: _____

Estágio em Alergia / Imunologia: Local _____ Início: _____ Fim: _____

Residência (outras especialidades): Local _____ Início: _____ Fim: _____

Estágio (outras especialidades): Local _____ Início: _____ Fim: _____

Mestrado: Local _____ Início: _____ Fim: _____

Doutorado: Local _____ Início: _____ Fim: _____

Cursos em Alergia / Imunologia (citar o curso e época): _____

Funções hospitalares ou de ensino médico (atuais ou anteriores, local e época): _____

Trabalho de pesquisa (geral ou especializado, época e revista onde foi publicado): _____

Trabalho de pesquisa apresentado em congressos: _____

(Caso o número de trabalhos exceda as linhas, citar somente os que julgar mais importantes)

Membro de outras Sociedades Médicas (Quais e em que categoria): _____

Membros de Alergologistas, Imunologistas ou Imunopatologistas, para referências:

- 1- _____ Cidade: _____ Estado _____ Tel.:(____) _____
2- _____ Cidade: _____ Estado _____ Tel.:(____) _____
3- _____ Cidade: _____ Estado _____ Tel.:(____) _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura do Sócio Proponente

Assinatura do Candidato a Sócio

NÃO PREENCHER ESTE ESPAÇO.
DESTINA-SE AO USO DA SECRETARIA.

Data de entrada da proposta ____ / ____ / ____
Parecer da Comissão de Credenciais _____
Membros da _____
Comissão de _____
Credenciais _____
Data da aprovação ____ / ____ / ____ Livro de atas nº _____ página _____

Presidente da Comissão de Credenciais

Título de Especialista em Alergia / Imunologia Clínica
Data Obtenção: ____ / ____ / ____ Livro de atas nº _____ página _____