

Proposta de associado

Sr. Presidente da ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE ORTODONTIA E ORTOPEDIA FACIAL- ABOR-MG, O abaixo-assinado, cujas informações e documentos solicitados estão em anexo e tem sua veracidade confirmada, vem requerer sua inscrição como ASSOCIADO desta entidade.

ATENÇÃO:

Os **DADOS PESSOAIS** e endereços residenciais dos associados não serão utilizados para qualquer finalidade alheia às ações da ABOR-MG e não serão cedidos ou transferidos à terceiros.

Os **DADOS COMERCIAIS** serão apresentados integralmente na tela de consulta do portal da ABOR-MG. O fornecimento das informações cadastrais comerciais que serão expostas é de responsabilidade de cada usuário associado em questão. Mantenha todos os dados sempre atualizados.

Informações Pessoais

Nome completo: Data de nascimento:

Estado Civil: Nome do Cônjuge:

Filiação - Pai: Mãe:

Nacionalidade: Naturalidade:

RG: Órgão Expedidor: Data de emissão: CPF:

Endereço Residencial:

Logradouro (Rua, Av. etc): Nº:

Complemento: Bairro:

CEP: Cidade: Estado:

Telefone fixo (DDD): Telefone celular (DDD): FAX (DDD):

Email:

Página na internet:

Twitter:

Informações Profissionais

Faculdade/Entidade:

Ano: Cidade: Estado:

CRO (): Pós-graduando Especialista Mestre Doutor

Endereço Comercial 1:

Logradouro (Rua, Av. etc):

Nº:

Complemento:

Bairro:

CEP:

Cidade:

Estado:

Telefone fixo (DDD):

Telefone celular (DDD):

FAX (DDD):

Email:

Página na internet:

Twitter:

Facebook:

Endereço Comercial 2:

Logradouro (Rua, Av. etc):

Nº:

Complemento:

Bairro:

CEP:

Cidade:

Estado:

Telefone fixo (DDD):

Telefone celular (DDD):

FAX (DDD):

Email:

Página na internet:

Twitter:

Facebook:

Endereço Comercial 3:

Logradouro (Rua, Av. etc):

Nº:

Complemento:

Bairro:

CEP:

Cidade:

Estado:

Telefone fixo (DDD):

Telefone celular (DDD):

FAX (DDD):

Email:

Página na internet:

Twitter:

Facebook:

Endereço para correspondência: Residencial Comercial

Local e data:

Assinatura:

Anexar os seguintes documentos

Alunos de Especialização, favor encaminhar declaração da Instituição onde esta cursando, informando o término do curso, para serem isentos da anuidade**;
Xérox do diploma de graduação, frente e verso legíveis;
Xérox do título de Especialista pelo CRO, frente e verso legíveis*;
Xérox do certificado de Especialista, frente e verso legíveis*;
Xérox da carteira do CRO;
Valor da Anuidade: R\$ 360,00 (TREZENTOS E SESSENTA REAIS)

Item exclusivo para Associado Especialista * | Item exclusivo para Associado Aspirante **

A a proposta do associado e os documentos listados acima podem ser enviados digitalizados para o email contato@abormg.org.br ou para o Rua dos Aimorés 2001 sala 1014 – Lourdes – CEP: 30.140-072 – Belo Horizonte – Minas Gerais - Mais informações sobre a ABOR-MG, pelo telefax **+55 31 3264-9584** ou email contato@abormg.org.br.