



PROPOSTA PARA FILIAÇÃO

O abaixo assinado solicita sua filiação junto a **SOCIEDADE DE ANESTESIOLOGIA DO RIO GRANDE DO NORTE - SAERN**, na qualidade de sócio ativo comprometendo-se a cumprir o seu ESTATUTO, REGULAMENTOS E REGIMENTOS.

INFORMAÇÕES PESSOAIS

NOME:			
NOME PROFISSIONAL:		DATA DE NASCIMENTO:	
NACIONALIDADE:		SEXO:	
END:			
BAIRRO:		CIDADE:	UF: CEP:
TELEFONE:		CELULAR 1:	CELULAR 2:
EMAIL:			
DIPLOMA EM MEDICINA CONCEDIDO PELA:		ANO:	CRM: UF:
ESPECIALIZAÇÃO EM ANESTESIOLOGIA:		CET:	

ASSINATURA DO PROPOSTO

Natal/RN, ____/____/____