

PROPOSTA PARA ASSOCIADO

NOME: _____

ACADÊMICO () EFETIVO ()

DTA. NASC. ____/____/____. RG. _____ ORGÃO EXPEDIDOR _____.

CPF: _____ ESTADO CIVIL: _____.

FILIAÇÃO:

SEXO: MAS. () FEM. ()

ENDEREÇO RESIDENCIAL:

RUA: _____ N°: ____/____.

BAIRRO: _____ CIDADE: _____ UF: ____ CEP: _____.

TELEFONE: _____ FAX: _____ CELULAR: _____.

E-MAIL: _____.

ENDEREÇO DO CONSULTÓRIO:

RUA: _____ N°: ____/____.

BAIRRO: _____ CIDADE: _____.

UF: ____ CEP: _____ TELEFONE: _____.

FAX: _____.

RECEBER CORRESPONDÊNCIA: RESIDÊNCIA () CONSULTÓRIO ()

EMPREGO

TELEFONE: _____

****EM CASO DE ACADÊMICO PREENCHER DA MESMA FORMA COM DATA DA PREVISÃO DE FORMATURA, Importante Lembrar! Que automaticamente após a data de formatura o acadêmico que desejar a não continuidade como associado deverá solicitar seu desligamento, antes de receber o boleto da anuidade para que não gere débito.***

FORMADO NA FACULDADE: _____ DATA FORMATURA: ____/____/____.

NATURALIDADE: _____ ESPECIALIDADE: _____.

TIPO SANGUÍNIO: _____ N.º CRO: _____ PERÍODO: _____.

ADMISÃO DE ASSOCIADO:

O Formulário anexo “**PROPOSTA PARA ASSOCIADO**” deverá ser devidamente preenchido, com letras legíveis, assinado e devolvido, acompanhado de:

- 1) Uma foto 3 x 4.
- 2) **Cópia xerográfica** do registro no Conselho Regional de Odontologia (CRO), ou no caso de acadêmico, declaração da faculdade constando ano série que esteja cursando e cópia de identidade e CPF.
- 3) **Cópia xerográfica do comprovante de endereço.**
- 4) Declaração de outra ABO, quando não residente à cidade.
- 5) Pagamento do valor abaixo especificado, no ato da inscrição referente a **ANUIDADE** do ano vigente.

VALORES:

ASSOCIADO EFETIVO-----R\$170,00

ASSOCIADO ACADÊMICO----- Isento

QUANDO, ONDE E COMO PAGAR A ANUIDADE

A anuidade deverá ser paga até o sexto mês do ano à Associação Brasileira de Odontologia – Regional Juiz de Fora – Sede situada à R: Eurico Viana, 14 – Vitorino Braga – Juiz de Fora, o pagamento é feito á vista ou a prazo com cheque nominal á ABO ou através de boleto bancário emitida pela entidade.

PARA SE DESLIGAR DA ABO

O associado (INDEPENDENTEMENTE DE SUA CATEGORIA) deverá entrar em contato com a ABO, fazer o pedido de desligamento por escrito, sendo necessário que o mesmo esteja em dia com a tesouraria da entidade.

VANTAGENS

O associado tem direito de receber correspondências, convites, jornal, revista, participar de eventos científicos, culturais e sociais, congressos, convênios e etc...

OBS: O associado deverá comunicar a ABO eventual mudança de endereço.

• LEIA O ESTATUTO PARA SABER DOS SEUS DIREITOS E DEVERES.

Me comprometo a ler o estatuto da Associação Brasileira de Odontologia – Regional Juiz de Fora, disponível no site www.abojf.com.br, para saber dos meus DIREITOS e DEVERES junto à essa Entidade.

Declaro não ser associado de outra ABO, isentando assim a ABO Regional Juiz de Fora de qualquer responsabilidade.

Declaro estar ciente, sobre as informações citadas acima.

Juiz de Fora, ____/____/____. Ass: _____.