

**PROPOSTA PARA:**

**Sócio Efetivo do Sindicato dos Médicos do Estado do Maranhão**

Solicito minha inclusão no quadro social do Sindicato dos Médicos do Estado do Maranhão, na qualidade de sócio efetivo, autorizando que a cobrança da Contribuição Social seja feita por boleto bancário ou débito automático em conta corrente (definido por meio de Assembléia Geral da Categoria).

Nome Associado		CRM	Nacionalidade
CPF	RG	Sexo	Estado Civil
		F ( ) M ( )	Casado ( ) Solteiro ( ) Outros ( )
Faculdade	UF	Ano	Data Nascimento
Especialidades			
Endereço Residência			
Bairro	CEP	Cidade	UF
Fones	E-mail		Celulares
Endereço Consultório			
Bairro	CEP	Cidade	UF
Fones	E-mail		
Forma de Pagamento:			
1. Débito Automático ( )			

**Opção 1.**

<b>Banco</b>	Brasil
<b>Agência</b>	
<b>Conta Corrente</b>	

**USO RESERVADO DO SINDMED-MA**

Aprovado em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_

Nº do SINMED-MA:

Assinatura do Associado

São Luís (MA), \_\_\_\_/\_\_\_\_ de 20\_\_

