



**SOCIEDADE BRASILEIRA DE MÉDICOS ESCRITORES – SOBRAMES
REGIONAL SERGIPE**

PROPOSTA DE SÓCIO

Nome: _____

CPF: _____ CRM: _____ Formatura: _____ Celular: _____

Email: _____

Tel.residencial: _____ Tel. Consultório: _____ Outros: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Endereço Residencial: _____

_____ CEP: _____

Cidade: _____ Estado: _____ Especialidade(s) _____

Áreas de Interesse: Literatura (); Música – Cantar () / Tocar () Instrumento: _____;

Artes Plásticas (); Artesanato (); Fotografia (); Cinema (); Outras: _____;

Data: ____/____/____; Assinatura do proponente: _____

Indicação de associados: 1) _____;

2) _____ 3) _____

Homologação da Diretoria:

Processo recebido em: ____/____/____; Aprovação: Sim () Não (); Data: ____/____/____

Pela Diretoria: _____ Número de Associado: _____

Taxa de Inscrição (após homologação): R\$ 350,00 (contempla anuidade do ano de homologação)

Pagamento - PIX: sobramessergipe@gmail.com – Lúcio Antônio Prado Dias

Boleto bancário

Transferência bancária – Banco: Sicredi – Ag. 2102 – CC 24.403-1 – CPF 076.993.105-78