



Associação Paranaense dos Profissionais da área da Saúde

FICHA ASSOCIATIVA

DADOS PESSOAIS	
Nome:	
Profissão:	Função:
RG:	Data de Expedição: / /
CPF:	
Data de Nascimento:	Local de trabalho:
ENDEREÇO RESIDENCIAL	
Rua:	Número:
Bairro:	Cidade:
Estado:	CEP:
Telefone Fixo: ()	Celular: ()
E-mail:	
DADOS ADICIONAIS	
Possui 2º vínculo de trabalho? Informe o local e sua função?	
TERMO DE RESPONSABILIDADE INDIVIDUAL	
<p>Eu, _____, portador do CPF _____, profissional da área da saúde, aceito associar-me à Associação Paranaense dos Profissionais da Área da Saúde - APPAS-REDE, comprometendo-me a cumprir com os deveres e responsabilidades previstas no Estatuto Social e Regimento Interno desta Associação, bem como permitir o uso das fotografias que exponham a minha imagem em eventos da APPAS-REDE.</p> <p>Forma do pagamento da anuidade: Valor à vista () ou em 06 (seis vezes) ().</p> <p>_____</p> <p>Assinatura do Associado(a)</p> <p>Deferimento () ou Indeferimento () da Diretoria.</p> <p>_____</p> <p>Assinatura: Presidente APPAS-REDE Local: _____ Data: ____/____/____</p>	