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

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.

Forma do pagamento da anuidade: Valor à vista ( ) ou em 06 (seis vezes) ( ).

_____

Assinatura do Associado(a)

Deferimento ( ) ou Indeferimento ( ) da Diretoria.

_____

Assinatura: Presidente APPAS-REDE **Local:_____Data:_____/_____/_____**

Rua. Odilon de Santa Rita Borba, 52 – Bacacheri – CEP 82510-260 – Curitiba– PR Fone/ Cel. (041) 99818-3256 - E-Mail: presidencia.appas@gmail.com