**FICHA CADASTRAL CBCP – Colégio Brasileiro de Cirurgia Plástica.**

**INFORMAÇÕES PESSOAIS DO MÉDICO CANDIDATO A MEMBRO.**

| **NOME COMPLETO**  |
| --- |
| **CRM DATA DE NASCIMENTO:** |
| **SEXO: M ( ) F( ) NACIONALIDADE:**  |
| **Nº DO CPF: IDENTIDADE**  |
| **SOU ESTRANGEIRO – PASSAPORTE N.**  |
| **ENDEREÇO RESIDENCIAL:**  |
| **BAIRRO: CIDADE**  |
| **CEP: ESTADO: PAÍS:**  |
| **WHATSAPP:**  |
| **N DE TELEFONE CONTATO:**  |
| **EMAILS:**  |

**SOU MEMBRO DAS SOCIEDADES:**

| **SOU PÓS GRADUADO(A) EM:**  |
| --- |
| **TENHO FORMAÇÃO CIRÚRGICA? ( ) SIM ( ) NÃO -** **SE SIM ENVIAR CERTIFICAÇÃO POR EMAIL.** |
| **Após a aprovação, enviar seus dados COMERCIAIS por e-mail para serem incluídos no seu perfil do nosso site. (Endereço de clínica e consultório, foto, telefone, link do Instagram, site, resumo do Curriculum no corpo do e-mail).** **secretaria@cbcp.org.br** |

**( )Sim ( ) Não - Autorizo a inclusão do meu nome no site do**

 **COLÉGIO BRASILEIRO DE CIRURGIA PLÁSTICA - CBCP**

**CASO EU NÃO DESEJE MAIS FAZER PARTE DESTA SOCIEDADE, DEVO ENVIAR UMA SOLICITAÇÃO VIA EMAIL COMUNICANDO O MEU DESCREDENCIAMENTO.**

**\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.**

**Assinatura: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_**