

**Pedido de Inscrição 2009**  
**Para o Quadro Social da Sociedade Brasileira de Oftalmologia**

Nome Completo \_\_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_\_\_\_ Natural de \_\_\_\_\_

Formado(a) em \_\_\_\_\_ Pela Faculdade \_\_\_\_\_

Endereço Residencial \_\_\_\_\_

Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

Cep \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Tel.( \_\_\_\_\_ ) e-mail: \_\_\_\_\_

Endereço Consultório \_\_\_\_\_

Bairro \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_

Cep \_\_\_\_\_ Estado \_\_\_\_\_ Tel.( \_\_\_\_\_ )

Data e Local em que fez Curso de Pós-graduação ou Residência em Oftalmologia:

Data do Preenchimento da Ficha \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_

CRM \_\_\_\_\_ CPF \_\_\_\_\_

Nome de 2 oftalmologistas que possam dar referências:

1 \_\_\_\_\_

2 \_\_\_\_\_

Observação:

Enviar cheque nominal à Sociedade Brasileira de Oftalmologia no valor de R\$ 270,00 (duzentos e setenta reais) referente à anuidade de 2009 ou depósito bancário no Banco Bradesco Agência: 447-2 - Conta: 24084-2 (enviar comprovante com sua identificação para o Fax: (21) 2205-2240).