

SOCIEDADE BRASILEIRA DE VISÃO SUBNORMAL

FICHA DE INSCRIÇÃO E ATUALIZAÇÃO DE DADOS

- Já sou sócio da SBVSN
 Pretendo ser sócio da SBVSN

Nome:			
Sexo: <input type="checkbox"/> Fem <input type="checkbox"/> Masc	Nascimento: ____/____/____		Estado Civil:
CRM:	CPF:	RG:	
Endereço Residencial:			
Bairro:		CEP:	
Cidade:			Estado:
Tel:	Fax:	Cel:	
Home page:			
Email:			
Endereço Consultório:			
Bairro:		CEP:	
Cidade:			Estado:
Tel:	Fax:	Bip:	Cód.:
Categoria: <input type="checkbox"/> Oftalmologista <input type="checkbox"/> Ortopista <input type="checkbox"/> pedagogo <input type="checkbox"/> Terapeuta Ocupacional <input type="checkbox"/> Fisioterapeuta <input type="checkbox"/> Psicólogo <input type="checkbox"/> Assistente Social <input type="checkbox"/> Outros _____			
Titulação: <input type="checkbox"/> Especialista em Oftalmologia CBO/AMB <input type="checkbox"/> MEC <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Outros _____			
Tem dois anos de prática em Visão Subnormal em seu Consultório? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Atualmente pratica Visão Subnormal em seu Consultório? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Endereço preferencial para correspondência: <input type="checkbox"/> Residencial <input type="checkbox"/> Consultório			

Enviar por fax: (11) 3171-0953 ou sbvsn@cbo.com.br