



Associação Paulista dos Auxiliares e Técnicos em Saúde Bucal

## Ficha de Associado

Foto

Inscrição Nº \_\_\_\_\_

Eu \_\_\_\_\_, Natural: \_\_\_\_\_, Profissão

\_\_\_\_\_ CRO nº \_\_\_\_\_ Estado Civil: \_\_\_\_\_,

CPF \_\_\_\_\_, D.N \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Rg. \_\_\_\_\_

Residente e domiciliado a Rua \_\_\_\_\_

Nº \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ UF \_\_\_\_\_

CEP \_\_\_\_\_, E-mail \_\_\_\_\_

Tel.:( ) \_\_\_\_\_ Cel.:( ) \_\_\_\_\_, abaixo

assinado, aceito o convite de ser associado(a) da **Associação Paulista dos Auxiliares e Técnicos em Saúde Bucal - APATESB**, na condição de Associado Efetivo, (ou Associado Provisório no caso de estudante) e efetuarei a contribuição anual, conforme Capítulo III Artigo 9º do Estatuto em vigor, correspondente a 50% da anuidade do CROSP.

Informo que conheci a APATESB através de: \_\_\_\_\_

Campinas, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do associado