**FICHA DE FILIAÇÃO**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| Nome: |  | | |
| Data de nascimento |  | Naturalidade: |  |
| CPF: |  | RG: |  |
| e-mail: |  | | |
| Instituição/Empresa |  | Gênero: |  |
| Endereço: |  | | |
| CEP: |  | Bairro |  |
| Cidade/Estado: |  | | |
| Telefone Celular: | | Telefone Comercial: | |
| CRMV |  |  |  |
| Local de Graduação: |  | Ano: |  |
| Apresente sua atuação na Andrologia de forma resumida: | | | |

**Indique dois sócios que endossam sua filiação, com nome, telefone e email, para que a secretaria da ABRAA entre em contato.**

**1.**

**2.**

Submeto meu nome para credenciamento como sócio na Associação Brasileira de Andrologia Animal.

Atenciosamente,

Local, data

Nome/assinatura

**Uma vez aprovado pela Diretoria Executiva, o novo sócio receberá confirmação pelo e-mail e PIX para pagamento da anuidade para confirmar sua associação.**