

CANDIDATURA INDIVIDUAL – DELEGADO DA AMB

Por meio deste instrumento, na forma do art. 8º do Regimento Eleitoral da AMB vigente, candidato-me ao cargo de Delegado da AMB representando o Estado de _____, para o mandato no triênio 2021/2023.

Nome Completo e Legível: _____

Data de associação na AMB: _____

Trata-se de reeleição? (já é Delegado da AMB no atual mandato – 2017/2020)? **SIM** _____ **NÃO** _____

CRM Nº _____ RG _____ CPF _____ . _____ . _____ - _____

Endereço Res.: _____ nº _____

apto. _____ Bairro: _____ Cidade: _____ UF _____ CEP _____ - _____

Endereço Com.: _____ nº _____

apto. _____ Bairro: _____ Cidade: _____ UF _____ CEP _____ - _____

Telefones: Residencial: () _____

Celulares: () _____ e () _____

Consultórios: () _____ e () _____

E-mails: _____

Título de especialista em: _____

Data: _____ de _____ de 2020.

Cidade: _____

Assinatura
(com firma reconhecida por semelhança em cartório)

Obs.: Este formulário deve estar acompanhado de declaração de data de inscrição do associado na AMB e comprovante de quitação/adimplência.

CANDIDATURA INDIVIDUAL – DELEGADO DA AMB – SUPLÊNCIA

Por meio deste instrumento, na forma do art. 8º do Regimento Eleitoral da AMB vigente, e em atenção ao Art. 3º, Parágrafo Único da Resolução nº 01 da Comissão Eleitoral da AMB, de 16 de julho de 2020, candidato-me ao cargo de Delegado da AMB representando o Estado de _____, para o mandato no triênio 2021/2023.

Nome Completo e Legível: _____

Data de associação na AMB: _____

Trata-se de reeleição? (já é Delegado da AMB no atual mandato – 2017/2020)? **SIM** _____ **NÃO** _____

CRM Nº _____ RG _____ CPF _____ . _____ . _____ - _____

Endereço Res.: _____ nº _____

apto. _____ Bairro: _____ Cidade: _____ UF _____ CEP _____ - _____

Endereço Com.: _____ nº _____

apto. _____ Bairro: _____ Cidade: _____ UF _____ CEP _____ - _____

Telefones: Residencial: () _____

Celulares: () _____ e () _____

Consultórios: () _____ e () _____

E-mails: _____

Título de especialista em: _____

Data: _____ de _____ de 2020.

Cidade: _____

Assinatura
(com firma reconhecida por semelhança em cartório)

Obs.: Este formulário deve estar acompanhado de declaração de data de inscrição do associado na AMB e comprovante de quitação/adimplência.