

Conselho Regional de Biomedicina -1ª Região

Rua Clímaco Barbosa, 217, Cambuci, São Paulo, SP, CEP 01523-000
Tel: 11 3347-5555

REQUERIMENTO DE TRANSFERÊNCIA DE INSCRIÇÃO

1. Interessado(a)

Nome

Nº de inscrição no CRBm-1

2. CRBM de destino da inscrição. Assinale 'X'

- CRBM-2 (AL, BA, CE, MA, PB, PE, PI, RN e SE)
 CRBM-3 (DF, GO, MT, MG e TO)
 CRBM-4 (AC, AP, AM, PA, RO e RR)
 CRBM-5 (RS e SC)
 CRBM-6 (PR)

3. Endereço em que passará a residir

Rua, Alameda, Tv.

nº

Complemento

Bairro

Município

UF

CEP

Fone fixo
()

Fone celular
()

E-mail

4. Endereço em que passará a trabalhar como Biomédico(a)

Nome do estabelecimento

Rua, Alameda, Tv., etc.

nº

Complemento

Bairro

Município

UF

CEP

Fone comercial
()

E-mail

Responsabilizando-me pelas informações, solicito ao Presidente do CRBm-1 a transferência de minha inscrição para o CRBM-_____, nos termos da Resolução nº 1, de 27 de março de 1994 do Conselho Federal de Biomedicina – CFBM.

_____/_____/_____
Local e data

Interessado(a)

Assinatura do(a) interessado(a)