



Formulário de Cadastramento (ou recadastramento) de Sócio da REDE TB

2018

Já sou membro da REDE-TB (desde _____) e gostaria de renovar minha adesão na sociedade.

Não sou membro da REDE-TB e gostaria de me filiar.

Nome: _____

Sexo: M F Data de nascimento ___/___/_____

Endereço para contato: _____

CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Telefone (com código de área): () _____ () _____

Email: _____

ÁREAS CIENTÍFICAS:

Indicar com X sua (s) área (s) de interesse

Área de Gestão

Área de Pesquisa Básica (Qual o principal campo? _____)

Área de Vacinas

Área de Desenvolvimento de novos Fármacos

Área de Estudos Epidemiológicos

Área de Estudos Operacionais

Área Diagnóstica

Área de Ensaio Clínicos



- Área TB/HIV
- Área Micobactérias /Outras
- Área de Transferência de Tecnologia
- Área de Formação de Recursos Humanos
- Área de Mobilização Social

Informe qual a região da sua atividade profissional e/ou de pesquisa:

- Região Norte Região Nordeste Região Centro-Oeste Região Sul Região Sudeste

Solicito minha participação na qualidade de membro da REDE-TB como

- Membro PROFISSIONAL Valor anual R\$ 200,00
- Membro ESTUDANTE * Valor anual R\$ 100,00
- Membro CCAP-BRASIL Valor anual R\$ 100,00

Forma de Pagamento

Depósito em conta corrente:

Rede Brasileira de Pesquisas em Tuberculose

CNPJ: 05.844.523/0001-38

Banco do Brasil - Agência: 3652-8

Conta corrente: nº 69.362-6

Ilha do Fundão – Cidade Universitária - RJ

Assinatura

* deve ser apresentada declaração de matrícula em Instituição de ensino credenciada pelo MEC