**Requerimento de Inscrição**

**ILMO. SR. PRESIDENTE DA ASSOCIAÇÃO CATARINENSE DE MEDICINA**

(Nome) \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ infra-assinado(a), vem de acordo com o Art.18º, do Estatuto da Associação Catarinense de Medicina, com todo acatamento, requerer a V.Sas. que se digne admiti-lo(a) no quadro de Sócios da Entidade, na Categoria de Associado Comunitário. E para ter direito aos descontos concedidos aos associados adimplentes, especificamente aqueles referentes ao uso de qualquer benefício ou regalia oferecida nos termos da alínea “c” do Art. 5º do Estatuto da Associação Catarinense de Medicina, declaro ser de meu conhecimento as seguintes obrigações:

1. Ser associado, adimplente, há mais de dois anos.

2. Caso os dois anos contados a partir da data de ingresso como associado ainda não estejam completos na data da utilização dos benefícios ou regalias inerentes à condição de sócio, obrigo-me a permanecer adimplente pelo prazo mínimo de dois anos.

3. O não atendimento às disposições 1 e 2, torna-me obrigado a pagar à Associação Catarinense de Medicina os valores correspondentes aos descontos concedidos.

4. Estou ciente de que o não atendimento ao item 2 e o uso da faculdade do item 3 me responsabilizam por eventuais despesas, judiciais ou extrajudiciais, inerentes à cobrança dos valores devidos.

Data:\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_/ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura