



FICHA DE AFILIAÇÃO AO LIGAMI-AMIB

Nome oficial da Liga Acadêmica: _____

Instituição de Ensino Superior: _____

Data de Fundação: ____ / ____ / ____ N° de Membros: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____

Cidade: _____ Estado: ____ Telefone: _____

E-mail: _____ Site: _____

Presidente: _____

Endereço: _____

Bairro: _____ CEP: _____ Cidade: _____ Estado: _____

Telefone: _____ E-mail: _____

Assinatura: _____

São Paulo, ____ de _____ de 201__.

ASSOCIAÇÃO DE MEDICINA INTENSIVA BRASILEIRA - AMIB
Rua Arminda, 93 7º andar Vila Olímpia, São Paulo-SP 04545-100
Tel. (11) 5089-2642 www.amib.org.br associados@amib.org.br

