



PEDIDO DE ADESÃO MEMBRO AIMIS

MÉDICO

BARIATRIA | 2016 – 2017

Data / /

MD PhD

Informação de Contato:

Nome _____ Apellido _____

Tipo de Prática ou Nome do Instituto _____

Direção Profissional _____ Apto _____

Cidade _____ Estado/Província _____ Código postal _____ País _____

☎ Código de área (trabalho) _____ Telefone _____ Outro (trabalho) _____

☎ Código de área (particular) _____ Telefone _____ Outro _____

📧 Direção de correio electrónico preferido _____ Página Web _____

Direção de correio postal (se diferente da anterior) _____

AIMIS Latin America
1330 Post Oak Blvd., Suite 2550
Houston, TX 77056

Telefone: 855.272.0994
Fax: 713.877.8669
www.aimis.org

Educação/Formação:

Colégio/Universidade Data de Graduação

Escola de Medicina Data de Graduação

Residencia Data de Graduação

Formação Avançada Data(s)

Outra Data(s)

É membro da sua associação nacional em bariatria? Sim Não

Se a resposta foi "sim", por favor anexe uma cópia da sua certificação.

Afiliação com Hospital(ais):


Nome

Direção

Cidade Estado/Província Código postal País

☎ Código de área Telefone Outro

☎ Código de área (particular) Telefone Outro



AIMIS Latin America
1330 Post Oak Blvd., Suite 2550
Houston, TX 77056

Telefone: 855.272.0994
Fax: 713.877.8669
www.aimis.org

Página Web

Nome do Director do Hospital e endereço electrónico

Nome do Presidente de Cirurgia e direcção electrónica

Há quantos anos realiza cirurgias bariátricas? _____

Quantas cirurgias bariátricas realizou nos últimos 12 meses? _____

Designou um Director Médico de cirurgia bariátrica? Sim Não

(Se a sua resposta foi "sim", por favor forneça o nome e correio electrónico)

Nome

Email


Está a sua instituição adequadamente equipada para realizar procedimentos de cirurgia bariátrica?

Sim Não Outro: _____

Que percentagem do seu tempo profissional dedica à área da cirurgia bariátrica? ____ %

Possui o seu hospital uma enfermeira ou coordenador médico que se dedique ao cuidado e bem estar do paciente de cirurgia bariátrica? Sim Não

Mantem – você ou o seu hospital - um programa de seguimento ("follow-up") do paciente após a cirurgia bariátrica? Sim Não



AIMIS Latin America
1330 Post Oak Blvd., Suite 2550
Houston, TX 77056

Telefone: 855.272.0994
Fax: 713.877.8669
www.aimis.org

Lista de Revisão da candidatura

1. Pedido de Adesão
2. CV
3. Biografia (Opcional)
4. Quota de \$1,200 válida para (2) anos
5. Opções para submeter a sua candidatura:
 - Correio Electrónico: ana@aimis.org
 - Fax: 713.877.8669

Pagamento: USD 1,200 (para 2 anos) por cartão de crédito

Esta informação, com os dados preenchidos para o cartão de crédito pode também ser enviada por fax a +(1) 713-877-8669 (nos E.U.A). Se preferir, pode ligar-nos para +(1) 855.272.0994 ou realizar o pagamento online - www.aimis.org - por paypal ou cartão de crédito. Online, abra o menu 'AIMIS para Médicos' e selecione Pedidos de adesão.

* Cartão de crédito: AMEX MasterCard Visa Discover

* Número

* Endereço Postal associado a este cartão

Cidade	Estado/Província	Código postal	País
--------	------------------	---------------	------

* Código de Segurança	Data de validade
-----------------------	------------------

AIMIS Latin America
1330 Post Oak Blvd., Suite 2550
Houston, TX 77056

Telefone: 855.272.0994
Fax: 713.877.8669
www.aimis.org