



SOCIEDADE DE NEFROLOGIA DO ESTADO DE SÃO PAULO

GESTÃO 2023/2024

TERMO DE POSSE

Eu, _____, (nacionalidade)

_____ (estado civil) _____, médico (a), CRM nº _____

portador (a) da Cédula de Identidade RG nº _____ e inscrito (a) no CPF

sob o nº _____, residente e domiciliado à (endereço

completo contendo rua/ complemento/ bairro/ CEP/ Cidade/ Estado)

_____.

(Cargo) _____.

Assinatura