



## FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO 2017

### INFORMAÇÃO PROFISSIONAL

**Título:**  Prof  Dr  Sr  Sra **Iniciais:** \_\_\_\_\_ **Nome(s):** \_\_\_\_\_

**Apelido:** \_\_\_\_\_ **Instituição/organização:** \_\_\_\_\_

**Profissão (selecione):**

Médico Generalista  Médico Especialista  Farmacista  Enfermeiro(a) Profissional  Outros: \_\_\_\_\_

**Se Médico Especialista, selecione especialidade:**

Cardiologia  Farmacologia Clínica  Dermatologia  Médico Familiar  Doenças Infeciosas  Obste.Ginecologia

Pediatria  Médico / Medicina Interna  Psiquiatria  Outros: \_\_\_\_\_

**Número de registo** (p/exemplo, Ordem dos Médicos;HPCSA;SANC): \_\_\_\_\_ **Número da Licença** (se aplicável): \_\_\_\_\_

**Afiliação primária de emprego (Favor escolher uma):**

Clínica  Estatal (não-clínica)  Hospital  Industrial  Organização Não-governamental (ONG)  Prática Privada

Estudante  Universidade  Outros

**Atividades Profissionais (escreva '1' para primário e '2' para secundário):**

Administração  Advocacia  Cuidados ao Paciente  Gerência de Programas  Pesquisa  Vendas/Promoções

Ensino/Educação  Outros

**Por favor indicar o ano em que começou a tratar pacientes com HIV:** \_\_\_\_\_

**Por favor indicar se passou um diploma de pós-graduação no gerenciamento clínico de HIV por uma das seguintes instituições:**

Escolas de Medicina da África do Sul  Universidade de KwaZulu Natal  Outras: \_\_\_\_\_

Ano completado: \_\_\_\_\_ Ano completado: \_\_\_\_\_ Ano completado: \_\_\_\_\_

**Afilições profissionais:**  SAMA  IAS  FIDSSA  Outras: \_\_\_\_\_

### INFORMAÇÕES DE CONTACTO

**Endereço Postal:** \_\_\_\_\_

**Bairro/Cidade:** \_\_\_\_\_ **Código Postal:** \_\_\_\_\_

**Província:** \_\_\_\_\_ **País:** \_\_\_\_\_

**Telefone :** \_\_\_\_\_ **Celular :** \_\_\_\_\_

**Fax:** \_\_\_\_\_ **Email:** \_\_\_\_\_

### INFORMAÇÃO DEMOGRÁFICA

**Raça/etnia:**  Negro  Mista  Indiano  Branca  Outros: \_\_\_\_\_

**Gênero:**  Mulher  Homem  Intersexo/Transgênero

**Data de Nascimento:** \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_



### PREFERÊNCIAS DE ASSOCIAÇÃO

Gostaria de receber uma cópia publicada da revista da Sociedade para enfermeiros, em Matérias de Enfermagem de VIH? (As cópias estão disponíveis gratuitamente no site da [www.sahivsoc.org](http://www.sahivsoc.org))  Sim  Não

Você gostaria de participar do diretório online da Sociedade? (Suas informações de contato estarão disponíveis apenas para outros membros da Sociedade através do portal dos membros no site da Sociedade)  Sim  Não

Como gostaria de receber comunicações da Sociedade (marque todas que se aplicam)  e-Mail  SMS

**Médicos** ZAR400 por ano  
**Enfermeiros & Profissionais Aliados de Saúde** ZAR300 por ano  
**Pacote Fármaco** ZAR14000 por ano

inclui 10 associações de representantes de produtos farmacêuticos, 2 malas direitas e 1 evento de mídia social / artigo

**Organização (ONG) Pacote** ZAR3500 por ano  
para 10 membros do pessoal ou ZAR6000 por ano para 20 membros do pessoal

Assinado: \_\_\_\_\_

Datas: \_\_\_\_\_

Aceito apoiar os valores e a missão da Sociedade;  
E concorda com o código de conduta da associação

Método de pagamento:  Transferência Eletrônica  Depósito Direto  Correio/Cheque  Dinheiro

Data de Pagamento:  /  /

As taxas são cobradas por um ano civil ou pro rata de acordo com a data do pedido. Os pagamentos podem ser feitos por cheque ou transferência eletrônica a pagar à Southern African HIV Clinicians Society, Nedbank Campus Square, Código da agência 158-105, Conta Nº 1581 048 033. Para a alternativa de pagamento on-line, por favor, vá para <http://sahivsoc.org/about/membership-application> e clique no botão 'Pagar agora'. Por favor, faça referência ao seu sobrenome e / ou número de membro no pagamento. Por favor, envie a sua prova de pagamento por fax ou correio eletrônico para 011 728 1251 ou [admin@sahivsoc.org](mailto:admin@sahivsoc.org) ou por correio no Suite 233, Post Net Killarney, Private Bag x2600, Houghton 2041.

**Tem alguma questão? Por favor contacte-nos em: 011 728 7365 /  
[admin@sahivsoc.org](mailto:admin@sahivsoc.org) / [www.sahivsoc.org](http://www.sahivsoc.org)**





## FORMULÁRIO DE INSCRIÇÃO NO DIRETÓRIO DO PROVEDOR DE 2017

Se você é um praticante profissional de saúde, que vê os pacientes de HIV no setor privado e gostaria de ser listado em nosso diretório de provedores on-line como disponível para referências de pacientes, preencha as informações abaixo. Todas as informações fornecidas além de informações de contato pessoal estarão disponíveis para usuários de cuidados de saúde para visualizar no diretório do provedor. Por favor, note que apenas membros da Sociedade em boa posição serão incluídos no diretório.

### INFORMAÇÃO SOBRE A PRÁTICA

Endereço físico da prática: \_\_\_\_\_

Bairro / Cidade: \_\_\_\_\_ Código Postal: \_\_\_\_\_

Província : \_\_\_\_\_ País : \_\_\_\_\_

Telefone do estabelecimento: \_\_\_\_\_ Email (se aplicável): \_\_\_\_\_

Website (se aplicável): \_\_\_\_\_ Fax : \_\_\_\_\_

Practice number: \_\_\_\_\_

Línguas:  Afrikaans  Inglês  Xhosa  Zulu  Outras: \_\_\_\_\_

População servida (marque todos os que se aplicam):  Pediatria  Adolescentes  Adultos  Mulheres grávidas

Homossexuais/Lésbicas/Bisexual/Transgênero/Intersexo  Planejamento pré-concepção para casais que desejam conceber

Pacientes resistentes à drogas  Infecções oportunistas complexas  Outros: \_\_\_\_\_

### POLÍTICAS DE PAGAMENTO DA PRÁTICA

Seguro Médico e Medicamentoso aceita:  Sim  Não  Alguns/Restrito

Política de pagamento do Seguro Médico e Medicamentoso:

A Prática requer pagamento a pronto em dinheiro  Prática fatura a Assistência Médica em nome do membro

Política de remuneração do Seguro Médico e Medicamentoso :

Taxa da Assistência Médica  Taxa Independente: verificar a quantia ao momento da consulta

### TERMOS E CONDIÇÕES

Certifico que esta informação é correta

Ao marcar esta caixa, eu certifico que a informação fornecida é, para o melhor de meu conhecimento, completa e correta. Assumo total responsabilidade por quaisquer danos resultantes direta ou indiretamente de prestação de informações incorretas para a SA HIV Clinicians Society e reconheço o direito da SA HIV Clínicos Sociedade de remover do diretório de provedor de serviços de qualquer informação que seja considerada incorreta ou enganadora

Aceito os termos e condições

Ao marcar esta caixa, aceito os termos e condições da inclusão dos meus detalhes no diretório do provedor de SA HIV Clinicians Society. A Sociedade reserva-se o direito de remover as informações de qualquer serviço fornecido a qualquer momento, sem fornecer motivos e remover o diretório do site, dentro de seu exclusivo e absoluto critério e sem referência ou recurso para qualquer pessoa na lista. A informação no diretório é fornecida como um serviço público e pelo próprio risco dos provedores. A Sociedade não é responsável pelo uso indevido dessas informações por terceiros.

Por favor envie por fax o formulário preenchido para 0027 11 728 1251 ou por correio eletrônico a [admin@sahivsoc.org](mailto:admin@sahivsoc.org). Obrigado por se inscrever no diretório. Visite [www.sahivsoc.org](http://www.sahivsoc.org) para visualizar o diretório online.