



PROPOSTA DE ADMISSÃO

Dados Pessoais

Nome Completo _____

Nome Clínico _____ Nº OM _____

Morada _____

Código Postal _____ - _____ Localidade _____

Contacto Telefónico _____ Email _____

Data de Nascimento ____/____/____ Nacionalidade _____

Nº Contribuinte _____

Hospital / Instituição _____

Ano de Formatura _____ Fac. Medicina _____

Especialidade _____

Proposta para Sócio

Efectivo Agregado Correspondente

Assinatura dos 2 Sócios proponentes e nome

(_____) (_____)

Aprovada admissão como _____

Na Assembleia Geral de _____

Rubrica
(Presidente Mesa Assembleia Geral)

Data ____/____/____ _____

Nota: Deverá ser preenchido e enviado ao Secretariado da SPDV