



Proposta de Admissão

Dados Pessoais

Nome _____

Residência _____

Cód. Postal ____ - ____ Localidade _____

Tlf.: _____ Fax: _____ E-mail _____

Data de nascimento ____/____/____

Hospital / Instituição _____**Função** _____**Especialidade** _____

Proposta para Sócio

Efectivo Agregado Correspondente

Assinatura dos 2 Sócios proponentes

Aprovada admissão como _____

Na Assembleia Geral de _____

Rubrica

(Presidente Mesa Assembleia Geral)

Data ____/____/____

Nota: Deverá ser preenchido e entregue ao Secretariado da Sociedade de Dermatologia e Venereologia a ficha complementar em anexo.



Actualização de Dados

Dados Pessoais

Nome(completo) _____

Nome Clínico _____ Nº OM: _____

Morada _____ Cod. Postal _____ - _____

Localidade _____

Data de nasc. ____/____/____

Tel. _____ Telemóvel _____ E-mail _____

Nacionalidade _____

Nº de Contribuinte _____

Situação Profissional

Médico Especialista Dermatologista Outra

Instituição Hospitalar (ou outra) _____

Localidade _____ Tel _____

Consultório

Morada _____ Cod. Postal _____ - _____

Localidade _____ Tel. _____ Fax _____

Morada para Correspondência

Residencia Hosp./CS Consultório

Informações Complementares

Ano de Formatura _____ Fac. Med _____

Secção Especializada _____

Data de Admissão ____/____/____