



## 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 \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_