

PROPOSTA DE SÓCIO APMA

*Campos de preenchimento obrigatório

INFORMAÇÃO PESSOAL

Nome completo*:	
Data de nascimento*:	Nacionalidade:
Morada*:	
Código Postal*:	Localidade*:
Correio eletrónico pessoal*:	
Telemóvel*:	Telefone fixo:
Número de Identificação Fiscal (pessoal)*:	

INFORMAÇÃO PROFISSIONAL

Profissão*: Médico(a) <input type="checkbox"/> Estudante de Medicina <input type="checkbox"/> Outra <input type="checkbox"/> Qual: _____	
Nome Clínico/ Profissional:	Cédula Profissional nº*:
Especialidade(s):	
Competência(s):	
Local de Trabalho:	
Correio eletrónico profissional	
Telefone fixo profissional	Telemóvel profissional:

DADOS PARA PROCESSAMENTO DE FATURA/ RECIBO DE QUOTAS DE SÓCIO DA APMA

Número de Identificação Fiscal:	
Designação Social	
Morada Fiscal	
Código Postal	Localidade
Correio eletrónico	Contacto Telefónico:

Data* ____/____/____

Assinatura do(a) proposto(a)*: _____

A PREENCHER PELA APMA

Proposta recebida dia:	Aprovada em Reunião Direção dia:	Sócio(a) nº:
------------------------	----------------------------------	--------------

SÓCIO PROPONENTE

Nome:	Nº de Sócio:	Assinatura
-------	--------------	------------