



**PROPOSTA DE INSCRIÇÃO DE SÓCIO N°** .....

Nome \_\_\_\_\_

Nome Clínico \_\_\_\_\_

Nascimento \_\_\_\_\_ Natural de \_\_\_\_\_

Residência \_\_\_\_\_

Cod. Postal \_\_\_\_\_ Localidade \_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_ Telemovel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Consultório \_\_\_\_\_

Cod. Postal \_\_\_\_\_ Localidade \_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_ Telemovel \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_

E-mail \_\_\_\_\_

Especialidade \_\_\_\_\_ Requisita Dist. Urgência  Sim  Não

C. Condução n° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ da D. de Viação de \_\_\_\_\_

B. Identidade n° \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ do Arquivo de \_\_\_\_\_

Contribuinte n° \_\_\_\_\_

Ordem dos Médicos n° \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

OMD. n° \_\_\_\_\_ do \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Data \_\_\_\_\_

Assinatura do Proposto