

Ficha de Inscrição



Fotografia tipo passe

Associado nº

Nome Clínico aprovado (a preencher pela APP)

Nome

Sexo

M | F

Estado Civil

Nacionalidade

Data Nascimento

Freguesia

Concelho

Distrito

Filho de

e de

Bilhete de Identidade

Data validade

Local de emissão

Nº Identificação Fiscal

Data da Licenciatura

Estabelecimento de Ensino

Nome Clínico (1ª hipótese)

Nome Clínico (2ª hipótese)

Residencia

Localidade

Código Postal

Concelho

Distrito

Telefone

Telemóvel

e-mail

Envio de informação via CTT:

Residencia

Consultório

Envio de informação via e-mail:

Residencia

Consultório

Assinatura

Data de entrada

POR FAVOR PREENCHER EM MAIÚSCULAS E JUNTAR A SEGUINTE DOCUMENTAÇÃO:

2 FOTOS TIPO PASSE | CÓPIA DO CERTIFICADO DE LICENCIATURA | REGISTO CRIMINAL | CÓPIA BI | NÚMERO CONTRIBUINTE OU CARTÃO DE CIDADÃO

VALOR DA JOIA PARA PROFISSIONAIS: 250€

VALOR DA JOIA PARA ESTUDANTES: 50€

VALOR DAS QUOTAS PARA PROFISSIONAIS: 10€ mensais*

VALOR DAS QUOTAS PARA ESTUDANTES: 5€ mensais*

* por cada mês em atraso acresce 1€ ao valor da quota

O pagamento poderá ser feito por cheque, emitido à ordem da APP, por transferência Bancária para a conta do Novo Banco

IBAN PT50 0007 0000 0052 3321 1122 3 (caso opte pelo pagamento por transferência agradecemos o envio do comprovativo por mail)

CONSULTÓRIO 1

Designação da Clínica ou Consultório

Nome do Director Clínico

Morada

Localidade

Código Postal

Concelho

Distrito

Telefone

Telemóvel

e-mail

CONSULTÓRIO 2

Designação da Clínica ou Consultório

Nome do Director Clínico

Morada

Localidade

Código Postal

Concelho

Distrito

Telefone

Telemóvel

e-mail

CONSULTÓRIO 3

Designação da Clínica ou Consultório

Nome do Director Clínico

Morada

Localidade

Código Postal

Concelho

Distrito

Telefone

Telemóvel

e-mail

CONSULTÓRIO 4

Designação da Clínica ou Consultório

Nome do Director Clínico

Morada

Localidade

Código Postal

Concelho

Distrito

Telefone

Telemóvel

e-mail