



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_____

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 ____/____/____