



## Proposta de Admissão

Sócio/a Nº \_\_\_\_\_

**1. NOME:** \_\_\_\_\_  
(Preencha a letra maiúscula e sublinhe o nome que usa profissionalmente)

**2. Naturalidade:** \_\_\_\_\_ **2.1. Data de Nascimento** \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**3. Nacionalidade:** \_\_\_\_\_ **4. NIF** \_\_\_\_\_

### 5. Residência

Rua / Avª \_\_\_\_\_

Localidade \_\_\_\_\_ País \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_ Telemóvel \_\_\_\_\_

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

### 6. Habilitações Profissionais

**5.1. Habilitações Académicas** \_\_\_\_\_

**5.2. Profissão** \_\_\_\_\_

### 7. Local de Trabalho

Instituição / Empresa \_\_\_\_\_

Rua / Av. \_\_\_\_\_

Localidade \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_ Fax \_\_\_\_\_ E-mail \_\_\_\_\_

País \_\_\_\_\_

### 8. Cargos e Funções

8.1. \_\_\_\_\_ Organismo \_\_\_\_\_

8.2. \_\_\_\_\_ Organismo \_\_\_\_\_

8.3. \_\_\_\_\_ Organismo \_\_\_\_\_

8.4. \_\_\_\_\_ Organismo \_\_\_\_\_

### 9. Observações

### 10. Pagamento de Quotas

10.1. Tipo de Pagamento / Modalidade

10.1.1. Pagamento na Sede

10.1.2. Correio

10.1.3. Desconto Bancário

Mensal	Trimestral	Semestral	Anual

**10.2. Moeda** Euros \_\_\_\_ 59,86 €/ano

US Dollars (Pagamento anual) \_\_\_\_\_

Declaro que pretendo ser admitido/a como sócio/a da Saúde em Português - Associação de Profissionais de Cuidados de Saúde Primários dos Países de Língua Portuguesa

Coimbra, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Assinatura: \_\_\_\_\_

**A DIRECÇÃO:** Admitido/a em \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Com o Nº \_\_\_\_\_

Presidente

Secretário/a