

Efectivo

Agregado

Afiliado

Nome Completo

Nome Clínico (se aplicável)

N.º da Cédula Profissional

N.º de Contribuinte

Cartão de Cidadão Válido até ____/____/____

Data de Nascimento ____/____/____

Morada

.....

Código Postal ____ - ____ Localidade

Local de Trabalho

 Casa

 Consultório

 Hospital

 Telemóvel

 E-mail

Faculdade de Ano Licenciatura | ____ |

Interno(a) da Especialidade de Ano de início | ____ |

Especialidade Ano | ____ |

Grau Académico

Sócio Efectivo: Médico Especialista em Cardiologia, Cardiologia Pediátrica ou Cirurgia Cardíaca

Sócio Agregado: Médico no Internato da Especialidade de Cardiologia, Cardiologia Pediátrica ou Cirurgia Cardíaca

Sócio Afiliado: Médico ou Interno da Especialidade não compreendido nas categorias anteriores

PROPOSTA PARA SÓCIO Informação curricular sumária

NOTA: Anexar à proposta cópia da cédula profissional ou certificado de habilitações.

Data: ___/___/___ Assinatura _____

PROPONENTES: (data) ___/___/___

Nome: (Legível) _____

1. Assinatura: _____

2. Nome: (Legível) _____

Assinatura: _____

(A preencher pela Sociedade Portuguesa de Cardiologia)

Visto pela Direcção em ___/___/___

Admitido em ___/___/___

