



SOCIEDADE PORTUGUESA DE MEDICINA DESPORTIVA

PROPOSTA DE SÓCIO TITULAR

Nome _____

Residente _____

Código Postal _____ Localidade _____ Telefone: _____

Data Nascimento: ___/___/___ N° de Contribuinte (NIF): _____

Especialidade (s) 1. _____

Competências ou 2. _____

Títulos 3. _____

N° da Cédula Profissional: _____

Local de Trabalho: _____

Categoria Profissional: _____

Outros endereços para contacto: _____

Telef.: _____ Fax: _____

E-mail: _____

Data ___/___/___

(Assinatura)

Proposta apreciada na Reunião de Direcção de ___/___/___

- Parecer Positivo
- Parecer Negativo _____

A candidatura foi ratificada na Assembleia Geral de ___/___/___