

**Ficha de Candidatura a Associado**

Nome Completo \_\_\_\_\_

**N.º de Identificação Fiscal** (para efeitos de facturação) \_\_\_\_\_

**Morada** para Correspondência \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Telefone / Telemóvel particular \_\_\_\_\_

Telefone / Telemóvel profissional \_\_\_\_\_

**e-mail** \_\_\_\_\_

Nome Clínico \_\_\_\_\_

Licenciatura em \_\_\_\_\_

Instituição \_\_\_\_\_

Especialidade \_\_\_\_\_

Cargo profissional actual \_\_\_\_\_

Local de trabalho \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_      Assinatura: \_\_\_\_\_

Devolver Ficha preenchida para [secretariado@spmr.pt](mailto:secretariado@spmr.pt)

\_\_\_\_\_

**A preencher pela SPMR:**

N.º sócio: \_\_\_\_\_

Proposta aceite em: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_