

PROPOSTA PARA ADMISSÃO DE SÓCIO | EFETIVO AGREGADO

Nome Completo _____
Nº Doc. Identificação _____ - _____ Validade _____
Nº Contribuinte _____ Nacionalidade _____
Nome Clínico _____ Nº Ordem _____
Residência _____
_____ C. Postal _____ - _____ Localidade _____
Concelho _____ Distrito _____
Telefone _____ Telemóvel _____
E-mail _____
Naturalidade _____ Data de Nascimento ____/____/____
Data de Licenciatura ____/____/____ pela faculdade de _____
Título Profissional: Interno de Formação Específica de Medicina Interna Especialista de Medicina Interna
Local onde trabalha e Serviço _____

Sócios Proponentes (Médico Especialista – nome legível e assinatura)

a) _____ b) _____

Quota Anual: 1º Ano: 45€ (Quota + Jóia) **Anos Seguintes:** 40€

Declaração de aceitação

Declaro que as informações e os dados por mim prestados no presente formulário são completos, precisos e verdadeiros, comprometendo-me a informar a SPMI – Sociedade Portuguesa de Medicina Interna caso ocorra alguma alteração aos mesmos. Aceito os termos e condições gerais tal como definidos na página em <https://www.spmi.pt/politica-de-privacidade/>

Autorização para o tratamento de dados pessoais

Autorizo o tratamento pela SPMI dos meus dados pessoais constantes do formulário que preenchi, no respeito da lei em vigor, tendo em vista as finalidades de gestão dos programas de formação e outras atividades relacionadas com a SPMI. Caso pretenda aceder, retificar, eliminar os meus dados pessoais ou ainda formular qualquer questão relacionada com os meus dados pessoais e respetivo tratamento, deverei contactar nuno@spmi.pt

_____ De 20 ____

O Sócio Proposto

Admitido em Assembleia Geral da Sociedade em ____ de _____ de 20 ____

O Secretário

O Presidente
