

SECÇÃO DE MEDICINA DO ADOLESCENTE DA S.P.P.

Sócio nº

Boletim de Inscrição de Sócio
(Preencher em letra maiúscula)

Nome: _____

Data de nascimento: ___ / ___ / ___ Especialidade: _____

Residência:

Morada: _____

C. Postal: _____ Localidade: _____ Telefone: _____

E-mail: _____ Telemóvel: _____

Local de trabalho:

Morada: _____

C. Postal: _____ Localidade: _____ Telefone: _____

(assinale a morada para a qual deverá ser enviada a correspondência)

Funções de Direcção e/ou Comissões Científicas

Áreas de potencial colaboração com Secção de Medicina do Adolescente

Assinatura

Data

___/___/___

Por favor envie este boletim de inscrição para:

Dr.ª. Elisabete Santos - Serviço de Pediatria do Hospital de São Teotónio, Av. Rei D. Duarte. 3504 509 – Viseu.

Modalidades de pagamento:

- Cheque no Valor de **12 Euros** a ser endossado à Secção de Medicina do Adolescente da SPP.
- Transferência bancária para o NIB - 001800000328065400115 (enviar comprovativo da transferência)