

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)