



## PROPOSTA DE SÓCIO

Efetivo

Agregado

Agregado a Efetivo

Correspondente

Honorário

Nome Completo

Nome Clínico

N.º Ordem dos Médicos

ou BI (não médicos)

Data de Nascimento

/

/

NIF:

Morada para envio de correspondência

Local	Telefone
Casa	
Consultório	
Hospital/CS/USF	
Telemóvel	
Fax	

E-mail

Hospital/Centro de Saúde/USF

Serviço

Data da Licenciatura

/

/

Faculdade de

Títulos Universitários

Títulos Hospitalares

**Sociedade Portuguesa de Hipertensão**  
Informação curricular sumária

---

**Data**        /        /

**Assinatura**

PROponentes: (data) \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

1.Nome (legível) \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

2.Nome (legível) \_\_\_\_\_ Assinatura \_\_\_\_\_

Visto pela Direcção em \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Divulgado aos sócios em \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_