



Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação

Ficheiro de Identificação – Associados

Nome (completo) *:

Nome (clínico): _____

Morada * : _____

Categoria profissional * : _____

Cédula profissional nº: _____

Locais onde exerce actividade profissional: _____

Contactos:

Telefone: _____ Telemóvel * : _____

Fax: _____ E-mail * : _____

Outras Sociedades Científicas a que pertence:

Assinaturas de dois sócios titulares proponentes *:

Os dados constantes desta ficha podem ser divulgados, prestando o signatário expresso consentimento.

Data: ___/___/___ Assinatura: _____

* *Preenchimento obrigatório*

(Por favor preencher e enviar para spmfr@spmfr.org)