



PROPOSTA PARA ADMISSÃO DE SÓCIO DO NMIHD

Nome Completo _____

Nº C. Cidadão _____ - _____ Data de Nascimento ____/____/____

Nº Contribuinte _____ Nacionalidade _____

Nome Clínico _____ Nº Ordem _____

Residência _____

C. Postal _____ - _____ Localidade _____ Concelho _____

Telemóvel _____ Outro _____

E-mail _____

Ano de Licenciatura _____ pela faculdade de _____

Título Profissional: Interno de Formação Específica de Medicina Interna

Especialista de Medicina Interna

Local onde trabalha e Serviço _____

Quota Anual: 30€

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 o NMIHD – Núcleo de Medicina Interna dos Hospitais Distritais - caso ocorra alguma alteração aos mesmos. Aceito os termos e condições gerais tal como definidos na página em <https://www.nmihd.pt/politica-de-privacidade/>

Autorização para o tratamento de dados pessoais

Autorizo o tratamento pelo NMIHD 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 o NMIHD. Caso pretenda aceder, retificar, eliminar os meus dados pessoais ou ainda formular qualquer questão relacionada com os meus dados pessoais e respetivo tratamento, deverei contatar geral@nmihd.pt

_____ De 20____

O Sócio Proposto

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

O Secretário

O Presidente
