



PROPOSTA DE ADMISSÃO

N.º DE SÓCIO:.....

NOME:.....

MORADA:.....

LOCALIDADE:..... CÓDIGO-POSTAL:..... -

TELEFONE:..... TELEMÓVEL:..... / FAX:.....

E-MAIL:.....

NATURALIDADE:..... NACIONALIDADE:..... ESTADO CIVIL:

DATA NASCIMENTO:..... PROFISSÃO:.....HABILITAÇÕES LITERÁRIAS:.....

N.º BENEFICIÁRIO:..... N.º DE UTENTE..... N.º CONTRIBUINTE:

BILHETE IDENTIDADE:..... DATA:...../...../..... ARQUIVO:.....

(Preencher no caso de pretender que as encomendas/correspondência seja para outra morada)

MORADA:.....

LOCALIDADE.....CÓDIGO-POSTAL.....

DATA DA OPERAÇÃO...../...../..... HOSPITAL:.....

CIRURGIÃO:.....

TIPO DE OPERAÇÃO:

- COLOSTOMIA ____

- ILEOSTOMIA ____

- UROSTOMIA ____

- OUTROS ____

- OSTOMIA DEFINITIVA OU PROVISÓRIA? _____

CENTRO DE SAÚDE:.....EXTENSÃO:.....

MÉDICO DE FAMÍLIA:.....

QUOTA ANUAL:42,00€

JOIA: 20.00 €.....

ASSINATURA:.....

DATA:.....

PRESIDENTE:.....