

DADOS PESSOAIS

Nome

Data de Nascimento

Nacionalidade

NIF

DADOS PROFISSIONAIS

Área Profissional

Outro:

Local de Trabalho

Área de Especialização

facultativo

Área de Interesse

facultativo

Outro:

CONTACTOS

Telemóvel

Telefone

e-mail

Morada de Correspondência

Morada de Faturação (*se diferente*)

Autorizo o envio de informações de associações e entidades médicas (ex: EFIC, IASP, entre outras) ligadas à temática da DOR

REFERÊNCIAS APED

Sócio Proponente

Sócio Proponente

Nos termos do disposto pelo Regulamento Geral sobre Proteção de Dados (RGPD), declaro que conheço e concordo com a Política de Privacidade da APED (disponível em www.aped-dor.org/documentos/APED_Politica_de_Privacidade.pdf).

Data