



## FORMULÁRIO DE ASSOCIADO

Nome

Morada:

NIF:

Especialidade:

Local de Trabalho:

e-mail:

telemovel:

(  ) Autorizo a Sociedade Portuguesa de Cefaleias a armazenar os dados pessoais fornecidos e a utilizá-los para os fins legais e estatutários.

Assinatura:

Sócio Proponente 1:

Nome:

Local de Trabalho:

Assinatura:

Sócio Proponente 2:

Nome:

Local de Trabalho:

Assinatura

Data e Local:

APROVADO - SIM / NÃO

A Direção