APMVEAC
ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE MÉDICOS VETERINÁRIOS ESPECIALISTAS EM ANIMAIS DE COMPANHIA

Sócio n.º

PROPOSTA DE SÓCIO

Nome completo:

Nome Profissional:

Zona:

Cédula Profissional:

N.º de Contribuinte:

Documento de Identificação (B.I., Carta de Condução, ...)

Local de emissão:

Nacionalidade:

Data de emissão:

Data de validade:

Data de Nascimento: / / Sexo: **M** **F** Estado civil:

ANO DE LICENCIATURA E FACULDADE

Faculdade:

Data: / /

Morada:

Código Postal:

Telefone:

Fax:

Telemóvel:

e-mail:

LOCAL DE TRABALHO

CENTRO DE ATENDIMENTO VETERINÁRIO (CAV)

Nome:

Morada:

Código Postal:

Telefone: Fax:

e-mail:

Director ☐ Clínico ☐ Consultório ☐ Clínica ☐ Hospital ☐

(MARCAR COM X O QUE INTERESSA)

CENTRO DE ATENDIMENTO VETERINÁRIO (CAV) 2

Nome:

Morada:

Código Postal:

Telefone: Fax:

e-mail:

Director ☐ Clínico ☐ Consultório ☐ Clínica ☐ Hospital ☐

(MARCAR COM X O QUE INTERESSA)

OBSERVAÇÕES:

_____

_____

_____

Data de inscrição: ☐☐ de ☐☐☐☐☐☐☐☐ de ☐☐☐☐

ASSINATURA _____

Admitido em ☐☐ de ☐☐☐☐☐☐☐☐ de ☐☐☐☐

A DIRECÇÃO: _____