



# SOCIEDADE PORTUGUESA DE ORTOPEDIA DENTO-FACIAL

Secretaria:  
Largo da Maternidade Júlio Dinis11-14  
4050-369 Porto

## PROPOSTA DE SÓCIO

---

Nome \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_ Código Postal \_\_\_\_\_

Localidade \_\_\_\_\_

Data de nascimento \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_ BI nº \_\_\_\_\_

Arquivo de identificação de \_\_\_\_\_

Natural de \_\_\_\_\_ Nacionalidade \_\_\_\_\_

Escola / universidade \_\_\_\_\_ Ano de licenciatura \_\_\_\_\_

Graus académicos \_\_\_\_\_

---

Consultório \_\_\_\_\_ Local da cobrança \_\_\_\_\_

Telefone \_\_\_\_\_ e-mail \_\_\_\_\_

Porto, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_\_

O Proposto

\_\_\_\_\_

O Proponente

\_\_\_\_\_

---

N.º de Sócio \_\_\_\_\_

Data de Admissão \_\_\_\_ / \_\_\_\_ / \_\_\_\_

A Direcção

\_\_\_\_\_