

ACTUALIZAÇÃO DE DADOS



Dr.(a)  Enf.(a)  Prof.(a)  Outra:

Nome completo:

Nome clínico:

Data de Nascimento:  /  /

N.ºBI/Cartão de Cidadão:

Número identificação Fiscal (NIF) :

Morada:

Código Postal:  /  Cidade:

Telefone:

E-mail:

Profissão:

Especialidade ou subespecialidade:

Especialista:  Interno da Especialidade:

Local de Trabalho:

ARS:

Nr. Ordem Médicos:

Observações:

[Autorização para a cedência e tratamento de dados](#) | Ao ser sócio da SPP dá o seu consentimento para que a SPP registe e use os seus dados pessoais para efeitos de cobrança de quotizações e contacto com os associados no âmbito da actividade estatutária da Sociedade Portuguesa de Pediatria, que se constitui responsável pelos dados disponibilizados, que serão armazenados em base de dados segura com medidas de segurança e protecção segundo o estabelecido na Lei de Protecção de Dados Pessoais

Data

/  /