



A preencher pelos serviços

Associado/a n.º _____

Forma de inscrição:

Email: _____

Correio: _____

Presencial: _____

O/a funcionário/a: _____

Preencha em maiúsculas e envie a ficha e uma fotografia para o e-mail smzs@fnam.pt ou para a morada:
Rua Julieta Ferrão 10 – 12.º A-B 1600-131 Lisboa

NOME COMPLETO

NOME PROFISSIONAL

N.º DE IDENTIFICAÇÃO CIVIL (BI/CC)

N.º DE IDENTIFICAÇÃO FISCAL (NIF)

N.º DE CÉDULA (ORDEM DOS MÉDICOS)

DATA DE NASCIMENTO

NACIONALIDADE

SEXO

Masculino

Feminino

MORADA

CÓDIGO POSTAL

LOCALIDADE

CONCELHO

DISTRITO / ILHA / PAÍS

TELEFONE

TELEMÓVEL

E-MAIL

LOCAL DE TRABALHO (assinalar o que interessa e especificar)

Administração Regional de Saúde Serviço Regional de Saúde

Centro Hospitalar Unidade Local de Saúde Agrupamento de Centros de Saúde Empresa Outro

Hospital Unidade de Saúde Familiar Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados Unidade de Saúde Pública

Unidade de Saúde de Ilha Centro de Saúde Instituto Outro

REGIME DE TRABALHO

Contrato Individual de Trabalho Contrato de Trabalho em Funções Públicas Outro

por tempo indeterminado a termo resolutivo incerto

GRAU DE CARREIRA

ESPECIALIDADE

ANO DE LICENCIATURA

UNIVERSIDADE / FACULDADE / ESCOLA

MODALIDADE DE PAGAMENTO

Desconto mensal no vencimento Pagamento por transferência bancária

DATA

ASSINATURA (preencha com a assinatura digital ou imprima e assine manualmente)