



## Associação Profissional de Acupunctura e Medicina Tradicional Chinesa

### Proposta de Associado

(Preencher em MAÍSCULAS)

NOME		
MORADA		
LOCALIDADE	CÓDIGO POSTAL	PAÍS
E-MAIL		TELEFONE(S)

DATA NASCIMENTO	NATURALIDADE	NACIONALIDADE
Nº Cartão cidadão/B.I./Passaporte nº	DATA DE VALIDADE	Nº de CONTRIBUINTE (N.I.F.)

HABILITAÇÕES ACADÉMICAS
HABILITAÇÕES PROFISSIONAIS

ASSOCIADO PROPONENTE (Obrigatório)	Nº DE ASSOCIADO
ASSOCIADO PROPONENTE (Obrigatório)	Nº DE ASSOCIADO

#### DOCUMENTOS A ANEXAR A ESTA PROPOSTA:

- Fotocópia autorizada\* do Cartão do Cidadão ou B.I. e Cartão de Contribuinte
- Outros documentos indicados no Regulamento Interno da APAMTC

\*autorização incluída na declaração abaixo.

#### Condições de utilização do cartão APAMTC

**O cartão permanece propriedade da APAMTC e o seu utilizador compromete-se a devolvê-lo logo que isso lhe seja solicitado.**

1. O cartão APAMTC é pessoal e intransmissível

#### DECLARAÇÃO

Declaro que os dados acima, por mim fornecidos, são verdadeiros e que tomei conhecimento e aceito as condições de utilização do cartão APAMTC e que autorizei a cópia do documento de identificação por mim fornecida.

\_\_\_\_\_  
ASSINATURA (conforme consta no Doc. Identificação)

Admitido em \_\_\_\_\_

A Direcção \_\_\_\_\_