



Sociedade Portuguesa de
NEURORRADIOLOGIA

Proposta de Sócio

Nome Completo _____

Residência _____

Nº Contribuinte _____

Telefone _____

Telemóvel _____

Fax _____

Email _____

Nome na actividade Profissional _____

Hospital/Serviço _____

Função Hospitalar _____

Endereço onde deseja receber a correspondência:

Hospital _____ **Residência:** _____

Data ___/___/___

Assinatura: _____

Os sócios proponentes: