|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **1.** | **Informação sobre o proponente a Associado** | | | | |
|  | Nome: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
|  | e-mail (contacto principal com a APCMG):\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
|  | Morada (para correspondência): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
|  | Nome a constar do recibo:\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | NIF: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ |
|  | Data de Nasc.: \_\_\_ /\_\_\_ /\_\_\_ | Especialidade clínica que exerce: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | |
|  | N.º Inscrição \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ O.M. | O.M.D. | Gestor | Outra \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
|  | | | | | |
| **2.** | **Informação sobre as instalações clínicas principais (Clínica / Consultório)** | | | | |
|  | Nome comercial: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
|  | Nome da Assistente principal: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
|  | Morada: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
|  | Código Postal: \_\_\_\_-\_\_\_\_ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Telefone: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
|  | e-mail: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Website: Não Sim www.\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
|  | | | | | |
| **3.** | **Pagamento da Jóia e das Quotas** | | | | |
|  | Ao Banco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | Balcão: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | |
|  | Nome do Titular da conta: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
|  |  | | | | |
|  | Assunto: Transferências bancárias com NIB: | | | | |
|  | Solicitamos que procedam às seguintes duas Ordens de Transferências para a APCMG, por débito da nossa conta de depósitos à ordem com o NIB \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_ \_\_,: | | | | |
|  | Beneficiário: APCMG - Assoc. Port. de Clínicas Médicas, CMD, Médicos, MD e Gestores de Clínicas | | | | |
|  | Banco / Balcão: R.Ouro, Lisboa | | NIB: 0036 0000 99105893978 31 | | |
|  |  | |  | | |
|  | A - Transferência Pontual | | B - Ordem Permanente | | |
|  | Descrição: Jóia APCMG | | Descrição: Quotas APCMG | | |
|  | Valor a transferir nesta data: 40€ (quarenta euros) | | Periodicidade e Montante:  Semestral, 30€ (trinta eur.) | Anual, 60€ (sessenta eur.) | | |
|  | Data: a da apresentação da transferência | | Data valor: dia 8 do mês da transferência | | |
|  |  | | | | |
|  | Gratos pela atenção dispensada, com os melhores cumprimentos, | | | | |
|  | Local, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ data \_\_\_/\_\_\_\_ /201\_\_ , assinatura para o Banco: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | | | |
|  |  | | | | |
| **4.** | Reembolso do valor da Jóia | | | | |
|  | Se indicar 4 (quatro) nomes de colegas para serem contactados pela APCMG, e os 4 se inscreverem como Associados, o montante da sua Jóia (40€) ser-lhe-á devolvido: | | | | |
|  | 1. Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Contacto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
|  | 2. Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Contacto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
|  | 3. Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Contacto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |
|  | 4. Nome\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | Contacto: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ | | |