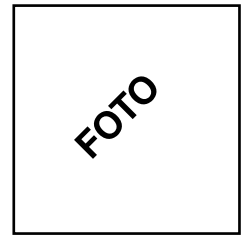




www.apbuiatria.pt

Proposta de sócio da APB



Novo Sócio n° _____

Nome: _____

Morada: _____

Localidade: _____

Código Postal: _____ E-mail: _____

Telefone: _____ FAX: _____ Telemóvel: _____

Universidade: _____

Data de Licenciatura: _____ Cédula Profissional n°: _____

Actividade profissional: Privada Coop. Estatal

% tempo dedicada aos bovinos: _____

Área: Clínica Cirurgia Reprodução Alimentação Sanidade
Investigação Outra: _____

Títulos Académicos: _____

Títulos Profissionais: _____

Estágios: _____

Razões que o levam a pretender aderir à APB: _____

Assinatura Profissional: _____

Data: _____ Local: _____

Joia: € 50

Quota anual: € 50

Observações: