



PROPOSTA DE ADMISSÃO DE MEMBRO

Nome | Empresa | Instituição _____

Morada _____

Localidade _____ C.P. _____ País _____

Telefone _____ Fax _____ Telemóvel _____

E-mail _____

NIF _____ Profissão/Actividade _____

Membros

Aderentes (valor anual da quota 40,00€)

Pago por

Cheque

Transferência Bancária (NIB: 0007 0000 0061 8494 7962 3)

(se optar por transferência, envie-nos por favor uma cópia do comprovativo)

Data de Admissão ____ ____ ____

Assinatura _____

ALTEC, ASSOCIAÇÃO DE LASERTERAPIA E TECNOLOGIAS AFINS

AV. DA BOAVISTA, 117 - 3º, SALA 301
4050-115 PORTO | PORTUGAL

T. +351 226 062 797

WWW.ALTEC.PT | INFO@ALTEC.PT