ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE SONO

SÓCIO APS

| Todos os campos são de preenchimento obrigatório. |

NOME COMPLETO

DATA DE NASCIMENTO / / Nº de NIF

MORADA

CÓDIGO POSTAL - CIDADE

CONTACTO TELEFÓNICO E-MAIL

SITUAÇÃO PROFISSIONAL

MÉDICO ENFERMEIRO PSICÓLOGO TÉCNICO OUTRO _____

ESPECIALIDADE / ÁREA _____

ENDEREÇO PROFISSIONAL

CÓDIGO POSTAL - CIDADE

CONTACTO TELEFÓNICO

PROPONENTE 01 | Sócio APS | _____

PROPONENTE 02 | Sócio APS | _____

Autorização para a cedência e tratamento de dados |

Ao candidatar-me a associado da APS, e de acordo com a Lei n.º 58/2019 de 8 de Agosto, que estabelece o Regulamento Geral de Protecção de Dados, dou o meu consentimento para que a APS registe e use os meus dados pessoais para efeitos de cobrança de quotizações e contactos com os associados no âmbito da actividade estatutária da APS, que se constitui responsável pelos dados aqui informados, que serão armazenados em base de dados segura com medidas de segurança físicas e lógicas que protegerão os dados informados.

Poderei aceder, rectificar, cancelar ou eliminar os meus dados pessoais junto da APS, a qualquer momento.

Associação Portuguesa do Sono | Rua João da Silva, nº4-C | 1150-327 Lisboa | Portugal | T 211 316 527 | email geral@apsono.com

ASSINATURA

_____

DATA

/ /