

# Associação de Doentes com Lúpus

## Ficha de Inscrição

Nº \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

Morada \_\_\_\_\_

Código Postal \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Concelho \_\_\_\_\_ Distrito \_\_\_\_\_

Freguesia \_\_\_\_\_

Tel./Telem \_\_\_\_\_ Email \_\_\_\_\_

Data de Nascimento \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Estado Civil \_\_\_\_\_

Raça \_\_\_\_\_ Sexo \_\_\_\_\_

Profissão \_\_\_\_\_ Nº Contribuinte \_\_\_\_\_

Quota Mensal:

3,50 €

+ 3,50 € \_\_\_\_\_

Tipo de Lúpus \_\_\_\_\_

Data em que teve os primeiros sintomas \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Data em que foi diagnosticado \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tem familiares com Lúpus?    Sim            Parentesco \_\_\_\_\_  
   Não

Médico Assistente \_\_\_\_\_ Especialidade \_\_\_\_\_

Hospital \_\_\_\_\_

Consultório Particular \_\_\_\_\_

DATA DE INSCRIÇÃO \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

*(Escreva a data, elemento essencial)*

Os dados recolhidos são processados automaticamente e destinam-se ao envio de correspondência, apoio administrativo e estatísticas. É garantido ao sócio, nos termos da Lei, o direito de acesso, rectificação e eliminação de qualquer dado dizendo-lhe respeito e constando da nossa base de dados dirigindo-se a:

Associação de Doentes com Lúpus ♦ Praça João do Rio, nº. 9 r/c Dtº. – 1000 – 180 Lisboa Tel.: 21 844 64 73

Email: [associacao.doentes.lupus@gmail.com](mailto:associacao.doentes.lupus@gmail.com) Linha Verde: 800 200 231

Site: [www.lupus.pt](http://www.lupus.pt)