

Associação de Doentes com Lúpus

Ficha de Inscrição - Voluntário

Nº _____

Nome _____

Morada _____

Código Postal _____ - _____

Concelho _____ Distrito _____

Freguesia _____

Tel./Telem _____ Email _____

Data de Nascimento ____/____/____ Estado Civil _____

Raça _____ Sexo _____

Profissão _____ Habilitações Literárias _____

Tem Lúpus _____

Tem familiares com Lúpus? Sim Parentesco _____
 Não

Área/actividade para que se disponibiliza _____

Dias disponíveis _____

Horário disponível _____

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 Linha Verde: 800 200 231

Site: www.lupus.pt