



Associação Portuguesa de
Hipertensão
Pulmonar
APHP

Proposta de associado nº

Ficha de inscrição

IDENTIFICAÇÃO PESSOAL

Nome: _____

Data de nascimento: _____ NIF: _____

Morada: _____

código postal _____ - _____

Contacto telefónico: _____ E-mail: _____

INFORMAÇÕES ADICIONAIS

Doente Familiar Cuidador Técnico Outra _____

A PREENCHER APENAS SE FOR DOENTE

Centro de tratamento: _____

Médico HP: _____

Tipo HP: _____ Diagnóstico em (ano): _____

Medicação: Oral Subcutânea Endovenosa

Estes dados são de preenchimento facultativo, servindo para efeitos estatísticos e de melhor conhecimento da realidade dos nossos doentes.

ANUIDADE DE QUOTA: 12 EUROS

Desejo ser associado da Associação Portuguesa de Hipertensão Pulmonar

_____, _____ de _____ de _____

CONTACTOS DA APHP



Rua Professor Doutor Costa Simões, 59, 3050-326 Mealhada



914629053



geral@aphp.pt