

GINÁSIO



CENTRO DE CONVÍVIO DA SRNOM **CASA LUZ SORIANO**



Ficha de Inscrição

DATA

NOME

N.º CÉD. PROFISSIONAL

PARENTESCO

N.º IDENTIFICAÇÃO CIVIL (BI, CC)

DATA NASCIMENTO

NIF

MORADA:

COD. POSTAL:

LOCALIDADE:

TELEFONE:

EMAIL:

PRÁTICA DESPORTIVA (OBS.)

FICHA CLÍNICA (OBS.)

AULAS EXERCÍCIO FUNCIONAL

- 1x SEMANA
 2x SEMANA
 3x SEMANA

AULAS PERSONAL TRAINER

- PLANO REGULAR**
 1 SESSÃO/SEMANA
 2 SESSÕES/SEMANA
 3 SESSÕES/SEMANA
- PLANO 1+**
 1 SESSÃO/SEMANA
 2 SESSÕES/SEMANA
 3 SESSÕES/SEMANA

PAGAMENTO:

Mensalidade (€ _____)

- Junto envio o cheque n.º _____ s/ o Banco _____ no valor de _____ euros
Endossado à Ordem dos Médicos (Secção Regional do Norte)
- Transferência bancária para o NIB: 0007 0406 0005 8000 00878 (BES)
(envio de comprovativo para: centroculturacongressos@nortemedico.pt ou através do Fax: 22 507 01 99)
- Em numerário, através da inscrição presencial na SRNOM