

# 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 PILATES

- 1x SEMANA  
 2x 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](mailto:centroculturacongressos@nortemedico.pt) ou através do Fax: 22 507 01 99)
- Em numerário, através da inscrição presencial na SRNOM

(a preencher pelos serviços):

CONSULTA DE MEDICINA DESPORTIVA - SIM

DATA \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_\_