

Ficha de Inscrição

A preencher pela Associação
Sócio N^o: _____

- Preencha com letra legível. Os campos a **negro** são obrigatórios.
- Aconselhamos que seja o celíaco a associar-se.
- Indique o seu NIB caso pretenda fazer transferência bancária

Nome: _____

Morada Completa: _____

CP _____ - _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Profissão: _____ NIF: _____

Telefone\Telemóvel: _____ NIB: _____

Email: _____

Hospital de Referência: _____

Médico: _____ Especialidade: _____

Data ou Ano de diagnóstico: ____/____/____

Data ou Ano dos primeiros sintomas: ____/____/____

Sintomas mais frequentes:

Diagnóstico: Só pelos Sintomas Análises ao Sangue Biópsia Outro

APC referenciado por: Médicos Pontos Venda Internet Outros

Data: ____/____/____ Assinatura: _____