

# PROPOSTA DE ADMISSÃO

## DADOS DA EMPRESA

Denominação Social	<input type="text"/>		
Morada	<input type="text"/>		
Data de Constituição	<input type="text" value="dd"/>	<input type="text" value="mm"/>	<input type="text" value="aaaa"/>
	CAE	<input type="text"/>	
NIPC	<input type="text"/>	Volume de Negócios <sup>1, 2</sup>	<input type="text" value="€"/>
Endereço para correspondência	<input type="text"/>		
Telefone	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>
Nº Empregados	<input type="text"/>		

Tipo de Empresa (pode seleccionar mais do que uma opção)

Fabricante	<input type="checkbox"/>	Distribuidor	<input type="checkbox"/>
Outro	<input type="checkbox"/>	Qual?	<input type="text"/>

Principais Áreas de Negócio

Cardiologia	<input type="checkbox"/>	Diabetes	<input type="checkbox"/>	Anestesia & Cuidados Intensivos	<input type="checkbox"/>
Ortopedia	<input type="checkbox"/>	Cirurgia Geral	<input type="checkbox"/>	Administração de Fármacos	<input type="checkbox"/>
Neurologia	<input type="checkbox"/>	Tratamento de Feridas	<input type="checkbox"/>	Dispositivos Auditivos	<input type="checkbox"/>
Oftalmologia	<input type="checkbox"/>	Endoscopia	<input type="checkbox"/>	Mobiliário Hospitalar	<input type="checkbox"/>
Nefrologia	<input type="checkbox"/>	Pneumologia	<input type="checkbox"/>	Diagnósticos <i>in vitro</i>	<input type="checkbox"/>
Odontologia	<input type="checkbox"/>	Imagiologia e Radiologia	<input type="checkbox"/>	Software médico	<input type="checkbox"/>
Outras	<input type="checkbox"/>	Quais?	<input type="text"/>		

<sup>1</sup> Referente a dispositivos médicos e/ou prestação de serviços relacionados, sem IVA e excluindo exportação.

<sup>2</sup> Se o ano económico não coincidir com o ano civil, por favor reportar com os valores do último exercício fiscal.

## REPRESENTANTE NA APORMED

---

Nome	<input type="text"/>		
Cargo	<input type="text"/>		
Telefone	<input type="text"/>	E-mail	<input type="text"/>

A Empresa Associada confere ao colaborador indicado na Proposta de Admissão na qualidade de “representante na Apormed” os poderes de representação e de deliberação nas Assembleias Gerais e, reconhece que o mesmo poderá também, se necessário, delegar estes poderes noutro colaborador, mediante mandato de representação.

---

### Em que qualidade pretende solicitar a admissão na APORMED:

Associado (de pleno direito)	<input type="checkbox"/>
Associado Observador (Art. 5º, nº 6   Estatutos)	<input type="checkbox"/>

## REQUISITOS DE ADMISSÃO NA APORMED

---

- Envio o certificado para exercício da atividade emitido pela Autoridade Competente
- Li e aceito os termos e condições constantes no [Código de Boas Práticas Comerciais](#) em vigor na APORMED
- Declaro que a informação relativa ao volume de negócios do último exercício fiscal é correta e atualizada e está de acordo com a contabilidade da empresa.
- Li e aceito a [Política de Privacidade e Proteção de Dados Pessoais](#) da APORMED
- Li e aceito os termos e condições constantes nos [Estatutos](#) da APORMED

A Empresa Associada tem direito a desvincular-se da Associação em qualquer momento. Para esse efeito, deverá solicitar por escrito a perda da qualidade de associado com uma antecedência mínima de 180 dias [artigo 8.º, n.ºs 1, b) e 2, dos Estatutos], mantendo durante este período os seus direitos e obrigações.

A APORMED garante a confidencialidade dos dados submetidos, nos termos legalmente previstos.

Assinatura e Carimbo

Data