**PROPONENTES**

Os abaixo assinados, no pleno gozo dos seus direitos estatutários, propõem a lista anexa para a Direcção de **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** da Ordem dos Médicos:

**NOME: ...........................................................................................................................................**

**MORADA: ......................................................................................................................................**

**Nº de CÉD. PROFISSIONAL ...............................**

**ASSINATURA ......................................................**

**NOME: ...........................................................................................................................................**

**MORADA: ......................................................................................................................................**

**Nº de CÉD. PROFISSIONAL ...............................**

**ASSINATURA ......................................................**

**NOME: ...........................................................................................................................................**

**MORADA: ......................................................................................................................................**

**Nº de CÉD. PROFISSIONAL ...............................**

**ASSINATURA ......................................................**

**NOME: ...........................................................................................................................................**

**MORADA: ......................................................................................................................................**

**Nº de CÉD. PROFISSIONAL ...............................**

**ASSINATURA ......................................................**

**NOME: ...........................................................................................................................................**

**MORADA: ......................................................................................................................................**

**Nº de CÉD. PROFISSIONAL ...............................**

**ASSINATURA ......................................................**

**NOME: ...........................................................................................................................................**

**MORADA: ......................................................................................................................................**

**Nº de CÉD. PROFISSIONAL ...............................**

**ASSINATURA ......................................................**

**NOME: ...........................................................................................................................................**

**MORADA: ......................................................................................................................................**

**Nº de CÉD. PROFISSIONAL ...............................**

**PROPONENTES**

Os abaixo assinados, no pleno gozo dos seus direitos estatutários, propõem a lista anexa para a Direcção de **\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_** da Ordem dos Médicos:

**NOME: ...........................................................................................................................................**

**MORADA: ......................................................................................................................................**

**Nº de CÉD. PROFISSIONAL ...............................**

**ASSINATURA ......................................................**

**NOME: ...........................................................................................................................................**

**MORADA: ......................................................................................................................................**

**Nº de CÉD. PROFISSIONAL ...............................**

**ASSINATURA ......................................................**

**NOME: ...........................................................................................................................................**

**MORADA: ......................................................................................................................................**

**Nº de CÉD. PROFISSIONAL ...............................**

**ASSINATURA ......................................................**

**NOME: ...........................................................................................................................................**

**MORADA: ......................................................................................................................................**

**Nº de CÉD. PROFISSIONAL ...............................**

**ASSINATURA ......................................................**

**NOME: ...........................................................................................................................................**

**MORADA: ......................................................................................................................................**

**Nº de CÉD. PROFISSIONAL ...............................**

**ASSINATURA ......................................................**

**NOME: ...........................................................................................................................................**

**MORADA: ......................................................................................................................................**

**Nº de CÉD. PROFISSIONAL ...............................**

**ASSINATURA ......................................................**

**NOME: ...........................................................................................................................................**

**MORADA: ......................................................................................................................................**

**Nº de CÉD. PROFISSIONAL ...............................**