

Ficha de Inscrição de Membro

Com exceção da assinatura, esta ficha deve ser preenchida em formato digital e não cursivo.	
NOME	
MORADA	
CÓDIGO POSTAL-CIDADE	
TELEMÓVEL	
E-MAIL	
WEBSITE	
NIF	
DATA DE EXAME DIPLOMA	
NOME (a constar no certificado de membro)	

Dados para colocar em www.ahcp.pt (por favor enviar esta informação também por email acompanhada de foto para info@ahcp.pt)	

Novo membro -> Junto envio comprovativo de transferência para o IBAN da AHCP (PT50 0269 0124 0020 1030 4973 9) no valor de €100, a título de jóia, e o valor da quota anual.

- ☐ Aceito que a inscrição como membro associado/efetivo da Associação de Hipnose Clínica de Portugal (AHCP) é acessível apenas a quem tenha completado o curso diploma ou *Practitioner* em Hipnose Clínica num estabelecimento educacional reconhecido pela AHCP. A AHCP reserva-se o direito de recusar a inscrição de alunos provenientes de estabelecimentos que não reconheça.
-
- ☐ Autorizo a captação de fotos e vídeos nos eventos organizados pela AHCP.
- ☐ Autorizo a divulgação de fotos e vídeos captadas nos eventos, redes sociais e site da AHCP.
- ☐ Autorizo a divulgação dados da ficha de inscrição no site após pagamento da quota anual.
- ☐ Tomei conhecimento e comprometo-me a respeitar a Política de Privacidade, Código de Ética e Regulamento Interno da AHCP. **(Obrigatório)**
- ☐ Declaro sob compromisso de honra que a informação fornecida é verdadeira. **(Obrigatório)**

ASSINATURA

DATA