



1. País

Estado/província (se aplicável)

Cidade

2. Instituição

Designação

Natureza jurídica
ou de atividade:

Endereço/morada

Código Postal (se aplicável)

Telefone(s) (+) Fax

Email

Página eletrónica Redes sociais

N.º de identificação fiscal/pessoa coletiva/outro n.º de identificação oficial

3. Representante legal da Instituição

Cargo Título

Nome Telefone

Email Fax

Indicação do representante da Instituição na RACS (indicar se for diferente do anterior)

Cargo Título

Nome Telefone

Email Fax

Outra pessoa de contato direto da Instituição (facultativo)

Cargo Título

Nome Telefone

Email Fax

4. Indicar as áreas de interesse (facultativo)

5. Outras informações pertinentes/sugestões/observações (facultativo)

Local e data

Assinatura do Representante Legal

Data	___/___/___
N.º	_____

A preencher pela Direção da RACS



Rede Académica
das Ciências da Saúde
da Lusofonia

Instruções e informações gerais

ENVIO do FORMULÁRIO de ADMISSÃO à RACS:

Este Formulário deve ser preenchido em suporte de papel com a assinatura do representante legal e enviado por correio para a morada da RACS:

**INOPOL – Campus do Instituto Politécnico de Coimbra, Quinta da Bencanta
3045-601 Coimbra - Portugal.**

Simultaneamente e se possível, deverá ainda este Formulário ser digitalizado em formato PDF e enviado para o seguinte email: **geral@racscplp.org**