



PROPOSTA DE ASSOCIADO

IDENTIFICAÇÃO

Nome

Morada

Código Postal -

BI/CC NIF..... Profissão.....

Data de Nascimento/...../..... Telefone Telemóvel

Email

Site.....

CATEGORIZAÇÃO

Tem algum familiar, ou é Tutor de Cidadão com Deficiência Mental? Sim..... Não..... (assinale com x)

Se Sim, qual o grau de parentesco?.....

Nome

Categoria:* Efetivo..... Apoiante.....

COTIZAÇÃO

Valor da quota €..... (mínimo €15/ano)

Modalidade de pagamento (assinale com x)

- Mensal..... Semestral..... Anual..... ----> Através do associado proponente..... Na associação.....

- Por transferência bancária..... (NIB: 0035 0224 00005546930 12)

Assinatura do Candidato.....

A PREENCHER	
PELO PROPONENTE	PELOS SERVIÇOS
Data...../...../ 20.....	Aprovado na reunião de...../...../ 20.....
Nome.....	com o n.º de Associado.....
Associado n.º.....	A Direção.....

*A preencher pelos Serviços

Os dados constantes deste documento serão objecto de registo informático na base de dados, servindo apenas para envio de informação útil sobre a associação.