



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?

***Categoria:** Efetivo..... Apoiente.....

COTIZAÇÃO

Valor da quota € (mínimo €15/ano)

Modalidade de pagamento (assinale com x)

- Mensal..... Semestral..... Annual..... > Através do associado proponente..... Na associação.....
- Por transferência bancária..... (NIB: 0035 0224 00005546930 12)

Assinatura do Candidato

A PREENCHER

PELO PROPONENTE

Data...../...../ 20.....

Nome.....

Associado n.º.....

PELOS SERVIÇOS

Aprovado na reunião de...../...../ 20.....

com o n.º de Associado.....

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.