



Associado nº: _____

Individual: Colectivo:

Nome: Nome ou Designação Social

NIPC:

Morada:

Telefone: _____

Telemóvel: _____

E-mail: _____ @ _____

Associado Coletivo:

Ramo de Actividade:

Pessoa de Contacto:

Cargo:

Associado Individual:

BI/Cartão de Cidadão:

Data de Nascimento:

Habilitações:

Profissão:

Mensal 10€
Semestral 60€
Anual 120€

Mensal 2€
Semestral 12€
Anual 24€

Numerário Total: _____

Cheque Nº: _____ Total: _____

Transferência Bancária Total: _____

[Montepio Geral] NIB: 0036.0030.99101739750.93

Enviar comprovativo para: acolherecuidarparaacidania@gmail.com

Data

____ / ____ / ____

Assinatura
