



Ficha de Inscrição de Sócio

FR.61

Ficha de Inscrição

Nome: _____

Morada: _____ Localidade: _____ Código Postal: ____ - ____

Telefone: _____ Telemóvel: _____ E-mail: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Profissão _____

NIF: _____ BI/CC: _____

Quota Anual a que se propõe:

20€

50€

100€

Outra ____

Modo de Pagamento

Cheque

Transferência

(IBAN: PT50.0036.0058.99100011764.48)

Débito Direto

É Familiar de um portador de Deficiência Mental?

Não Sim Pai /Mãe Irmão/Irmã Outro ____

A Frequentar a APPACDM de Coimbra? Não Sim Em que Local: _____

Colaborador da APPACDM de Coimbra

_____, ____ de _____ de _____

(Assinatura)

(A preencher pelos nossos Serviços)

Data de Receção: ____/____/____

Unidade Funcional de: _____

N.º de Sócio atribuído: _____

Rúbrica: _____

Rua de Macau, nº 70 R/C

Telefone: 239 701047

3030-059 COIMBRA

www.appacdmcoimbra.pt

geral_secretariado@appacdmcoimbra.pt

Elaborado: Helena Maria

Aprovado: _____

Data: ____/____/____