

Formulário de inscrição - Sócio APCAS

Nº sócio



Dados do Sócio

Nome:

Número de telefone:

Morada:

Telemóvel:

Localidade

Endereço de correio electrónico:

Cód. Postal

Data de nascimento:

Sexo: M F

BI/CC nº:

Nº Contrib.

Informações adicionais

Habilitações académicas

Gostaria de fazer voluntariado?

Sim Não

Profissão

Como prefere receber informação da APCAS?

Telefone Carta e-mail

É familiar ou amigo(a) de alguém com

Deficiência? Sim Não

Como conheceu a Associação?

Dados de quotização

Valor de quota anual 5€

Se o valor pago for superior ao valor da quota anual irá receber uma declaração de donativo para efeitos de IRS.

Quanto deseja contribuir?

Valor quota (5€) 10€ 20€ 30€

50€ 100€ Outro valor _____

Como deseja dar a sua contribuição?

Mensal Trimestral Semestral

Anual

Modalidade de pagamento:

Dinheiro/Pagamento na sede Cheque

Transferência bancária Depósito bancário V.postal

Dados da conta da APCAS

Nº da conta 0662024829930 da Caixa Geral de Depósitos

NIB 003506620002482993092

Data:

___ / ___ / ___

Assinatura

Autorização de débito por conta bancária (transferência bancária)

À gerência do Banco: _____

Dependência de: _____

Nº

Sócio _____

Autorizo que, até notificação em contrário, procedam à liquidação anual, semestral, trimestral, mensal, por débito na minha conta bancária abaixo indicada, da quantia de _____ €, no dia _____, apresentada pela Associação de Paralisia Cerebral de Almada Seixal.

A debitar na conta de: _____

Morada _____ CP _____ Localidade _____

NIB _____ Conta nº _____

Para o Banco: Caixa Geral de Depósitos - Balcão - Pragal

NIB - 003506620002482993092

Em nome de: Associação de Paralisia Cerebral de Almada Seixal (Introduzir o nº de sócio como descritivo)

Assinatura do cliente (igual à que consta na ficha do banco)

Data