



Ficha Inscrição Associado

Nome Completo:

Morada:

Código Postal : -

Correio eletrónico:

Sexo: (M/F)

Cartão Cidadão/BI n.º:

Data de Nascimento: //

NIF:

Telefone:

Profissão:

Situação Profissional:

Relação com Instituição

Amigo:

Familiar:

Nome do Familiar:

Valor da quota anual: € (mínimo 2€ mês)

IBAN:

Autorizo o pagamento por débito Direto:

Data: //

Assinatura: _____

Autorizo que os dados acima sejam incluídos numa lista de correio eletrónico, passando a receber informação geral sobre o âmbito do trabalho da APPACDM de Aveiro. Estes dados serão mantidos confidenciais, não sendo comunicados a terceiros. A qualquer momento a pessoa poderá requerer a consulta, correção, alteração ou eliminação dos mesmos nos nossos registos.