



## APPACDM DE VILA NOVA DE POIARES

Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental

### PROPOSTA DE ASSOCIADO

NOME: \_\_\_\_\_

MORADA: \_\_\_\_\_

COD. POSTAL: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_

Nº IDENT. FISCAL: \_\_\_\_\_ DATA NASCIMENTO: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

TELEFONE: \_\_\_\_\_ TELEMÓVEL: \_\_\_\_\_ E-MAIL: \_\_\_\_\_ (a)

(a) Autoriza o envio de correspondência da APPACDM-Poiares para o seu endereço de E-Mail em alternativa ao correio postal? SIM  NÃO

PROFISSÃO: \_\_\_\_\_

QUOTA ANUAL:  € 12,00 DONATIVO:  € \_\_\_\_\_

Para qualquer donativo que queira juntar ao valor da sua quota, será passado o respectivo **recibo** que poderá ser deduzido em sede de IRS/IRC (Art.ºs 62º e 63º do Estatuto de Benefícios Fiscais).

PAGAMENTO: A liquidação de quotas pode ser efectuada por cheque, numerário e/ou transferência bancária para o IBAN: **PT50 0035 0621 00005733030 06**

NOTA: No caso de ser Tutor e/ou Familiar até 3º grau de um cidadão com deficiência intelectual, indique o nome desse familiar na linha abaixo (essencial para determinar a tipologia de sócio (efectivo ou apoiante) - artº 13º dos Estatutos da APPACDM-Poiares)

\_\_\_\_\_

Vila Nova de Poiares

DATA: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_.

O PROPOSTO

\_\_\_\_\_

#### POLÍTICA DE PRIVACIDADE

Ao preencher este formulário, está a concordar com a nossa política de privacidade