



ASSOCIAÇÃO DO HOSPITAL CIVIL E MISERICÓRDIA DE ALHANDRA

INSTITUIÇÃO PARTICULAR DE SOLIDARIEDADE SOCIAL

PROPOSTA DE SÓCIO

Nº DE SÓCIO

Preencher em letras maiúsculas

NOME	<input type="text"/>						
MORADA	<input type="text"/>						
C. POSTAL	<input type="text"/>	-	<input type="text"/>	NIF/CONTRIBUINTE	<input type="text"/>		
LOCALIDADE	<input type="text"/>						
TELEFONE	<input type="text"/>	TELEMÓVEL	<input type="text"/>				
E-MAIL	<input type="text"/>						
PROFISSÃO	<input type="text"/>						
NATURALIDADE	<input type="text"/>						
DATA NASCIMENTO	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	CC/BI Nº	<input type="text"/>
VÁLIDO ATÉ	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	ESTADO CIVIL	<input type="text"/>
FILIAÇÃO	<input type="text"/>						
CÔNJUGE	<input type="text"/>						
	<input type="text"/>	DATA NASC.	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>	/	<input type="text"/>

V. QUOTA MENSAL , € PERIODICIDADE: ANUAL SEMESTRAL

MODO DE COBRANÇA: SEDE DÉBITO BANCO

COBRANÇA NIB ● - -

Anexar declaração de autorização de débito bancário a entregar no banco _____

O Sócio Proponente Nº

O Sócio Proposto

Assinatura / /
Data

APROVADA EM REUNIÃO DA M.A.

/ / Nº ATA

O Secretário da Mesa Administrativa

O Provedor

Ao abrigo da Lei sobre Proteção de Dados Pessoais a Associação do Hospital Civil e Misericórdia de Alhandra compromete-se a não divulgar os dados pessoais recolhidos neste documento a outras pessoas ou entidades estranhas à Instituição sem prévia autorização.