



APPACDM DE ALBERGARIA-A-VELHA

Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental

Instituição Particular de Solidariedade Social

Pessoa Coletiva de Utilidade Pública

Contribuinte nº 506 563 871

FICHA DE INSCRIÇÃO DE SÓCIO

A preencher pela APPACDM

Tipo de Sócio _____ N.º de Sócio _____

Responsável (quando aplicável) _____

Nome Completo _____

Cartão de Cidadão _____ NIF _____

Nome do cônjuge (se aplicável) _____

Morada _____

Código Postal _____ - _____ Contacto telefónico _____

Correio eletrónico _____

Profissão _____ Local de Trabalho _____

Relação com a Instituição: Amigo Familiar de cliente Colaborador Outro

Nome do Familiar _____ Resposta Social _____

Valor da Quota (mínimo 1€ / mês) _____ € Pagamento Anual _____ €

Periodicidade de pagamento: Trimestral Semestral Anual

Modo de pagamento: Por transferência (NIB 0010 0000 32439770001 38)* Por correio

Cobrador Na instituição Por débito direto IBAN _____

(* Se o pagamento for por transferência bancária, agradecemos o envio de cópia do respetivo comprovativo de pagamento.

Os dados recolhidos destinam-se à gestão dos processos dos associados por parte dos serviços administrativos da APPACDM, e em cumprimento do RGPD, os titulares dos dados podem aceder à informação que lhes respeite. Para os devidos efeitos, ao assinarem a presente Ficha autorizam a utilização dos seus dados exclusivamente para esses fins.

Albergaria-a-Velha, ____ de _____ de _____

Assinatura do Sócio