

Nº _____/_____/_____

PROPOSTA DE ADESÃO DE ASSOCIADO

Nome: _____

Morada: _____

C.Postal: _____ - _____ Localidade: _____

NIF: _____ Profissão: _____ Data Nasc.: ____/____/____

Telefone: _____ Tlm.: _____

Aceita ser convocado para as Assembleias Gerais por correio eletrónico: Sim Não

Correio eletrónico: _____

Pai / Mãe / Tutor da pessoa com Perturbação do Espectro do Autismo: Sim Não

Proposto pelo Associado _____, Nº _____

Data ____/____/____ _____

(Assinatura)

Nota:

A proposta torna-se efetiva após a aprovação pela Direção e o pagamento da quota.

As quotas subsequentes são devidas no mês de janeiro de cada ano segundo valor aprovado em Assembleia Geral no ano transato.

NIB 0036 0051 99100339962 12

Vila Nova de Gaia, ____ de _____ de 20____

A Direção,