



Proposta de Adesão de Associado

Nome: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Profissão: _____

Telefone: _____ Telemóvel: _____ E-mail: _____

NIF: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____ Localidade: _____

- Sou Mãe ou Pai da pessoa com Perturbação do Espectro do Autismo
- Sou Tutor da pessoa com Perturbação do Espectro do Autismo
- Fui proposto(a) pelo Associado(a) _____, N° _____
- Aceito ser convocado(a) para as Assembleias Gerais por e-mail

Assinatura: _____ Data: ____/____/____

Método de Pagamento

IBAN: PT50 0036 0051 99100339962 12 | MBWAY: +351 96 423 0042

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.

A Direção,

Vila Nova de Gaia, ____ de _____ de _____

APPDA Norte – Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo

Rua D. Carlos I, 110, 4430-258 Vila Nova de Gaia

+351 22 716 9550 | +351 96 423 0042

geral@appda-norte.org.pt

www.appda-norte.org.pt