

FICHA DE SÓCIO



**ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA
DE DOENTES COM
IMUNODEFICIÊNCIAS
PRIMÁRIAS**

Nº Sócio

Identificação do Sócio

Nome _____

B.I /Cartão do cidadão _____ nº contribuinte _____

Data de nascimento _____ sexo _____

Morada _____

Localidade _____ Código Postal ____ - ____ - _____

Telefone _____ Telemóvel _____ e-mail _____

Doente: Sim Não Qual a doença: _____

Unidade Hospitalar _____ Médico _____

Identificação do Familiar Doente

Nome _____

B.I /Cartão do cidadão _____ nº contribuinte _____

Data de nascimento _____ sexo _____

Doença _____ Parentesco com o sócio _____

Unidade Hospitalar _____ Médico _____

Forma de pagamento

Numerário

Cheque

Transferência Bancária

(necessário o envio de comprovativo)

Quota mínima – 10 € anuais)

NIB: 003508640005667463008

Data ____/____/____

Assinatura
