

## 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

\_\_\_\_\_