



Associação Olhar 21

Associação de Apoio à Inclusão do Cidadão com Trissomia 21

Ficha de Sócio

A preencher pelos serviços	Nº de Sócio:
Tipo de Sócio: <input type="checkbox"/> Efectivo <input type="checkbox"/> Benemérito <input type="checkbox"/> Honorário <input type="checkbox"/> Extraordinário	Aprovado em reunião de Direcção: ____/____/____ O Presidente: _____

Dados Pessoais

Nome:	
Morada:	
Localidade:	Telemóvel:
Código Postal:	Telefone:
NIF:	Email:
BI:	Data de Nascimento: ____/____/____

Pagamento de quotas e donativos

Montante Total: _____ correspondente a:	<input type="checkbox"/> Quota de sócio: 10 €
	<input type="checkbox"/> Donativo: _____
<input type="checkbox"/> Transferência Bancária para o NIB: _____	0045 3172 40235274740 44
<input type="checkbox"/> Numerário	da Conta nº 40235274740 da Caixa de Crédito Agrícola
<input type="checkbox"/> Cheque nº: _____	do Banco: _____

Relação com a trissomia 21 ou outra deficiência

Parentesco/Relação com o cidadão deficiente: <input type="checkbox"/> Pai <input type="checkbox"/> Mãe <input type="checkbox"/> Outro familiar <input type="checkbox"/> Amigo <input type="checkbox"/> Outra: _____
Nome do cidadão com deficiência:
Data de nascimento do cidadão com deficiência: ____/____/____

Data: ____/____/____ **Assinatura:** _____