



PROPOSTA DE SÓCIO

Nome: _____ Género: _____			
Morada: _____			
Código Postal: _____		Localidade: _____	
Telefone móvel: _____		Email: _____	
Data Nascimento: __/__/__ Local nascimento: _____ País: _____ Nacionalidade: _____			
Esta. Civil: _____ Nr. Contribuinte: _____ Segurança Social: _____			
Doc. Identificação (identificar o documento)	Data missão:	Data de validade:	Local de emissão:
Tipo de documento: _____ Nr. _____	__/__/__	__/__/__	_____

Profissão actual:	
Profissão no país de origem	
Escolaridade	
Nível escolar que estudou	
Qual curso tirou (poderá ser académico ou técnico)	

Tipo de Quotas

Individual – 30 €

Entidades colectivas/institucionais 50€ (até 10 colaboradores)

Entidades colectivas/institucionais 100€ (superior a 10 colaboradores)

Forma de Pagamento:

Transferência Bancária Dinheiro Nr. Recibo: _____

IBAN PT 50 0007 0000 0034 3878 4842 3

Pagamento deverá ser efectuado no máximo duas vezes.

Assinatura