



Nome:

Documento de Identificação:

BI/Cartão Cidadão

Contribuinte n.º

Data de Nascimento:

Estado Civil:

Profissão:

Morada:

Localidade:

Código Postal:

Freguesia:

Concelho:

Telemóvel:

Telefone:

Email:

Pagamentos por transferência bancária, cheque ou numerário.
Pagamento mensal: 2 € (dois euros) | NIB: 0036 0049 99106760777 51

Após 1ª Inscrição, desconto de 50% na mensalidade de cada membro do agregado familiar

Pagamentos por transferência bancária, cheque ou numerário Cobrança de Quotas:

Na sede de Associação

Transferência Bancária

Anual

Semestral

Trimestral

Diabético tipo 1?

Sim

Não

Diagnosticado em?

/ /

(dd/mm/aa)

Alguém da família com diabetes tipo 1? Quem?

Tratamento: Bomba de Insulina Caneta de Insulina

Aprovado em reunião da Direção Ata N.º ___ / de ___ / ___ / 20___

Foi atribuído o N.º de Sócio _____

Barreiro, ___ de _____ de 20___

Direção

Sócio Proponente