



# PROPOSTA DE ADMISSÃO DE ASSOCIADO

Nome: \_\_\_\_\_ NIF: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_ Telef: \_\_\_\_\_

Código postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_ Telem: \_\_\_\_\_

Endereço de Correio Eletrónico: \_\_\_\_\_

Tem algum familiar, ou é tutor de Cidadão Portador de Deficiência Mental ?  Sim  Não

Em caso afirmativo, deve obrigatoriamente:

Indicar o nome do cidadão portador de Deficiência Mental

Nome : \_\_\_\_\_

Entregar comprovativo de Grau de Parentesco ou da atribuição da qualidade de Tutor.

Desejo contribuir com o seguinte valor anual de quotas:

Valor mínimo anual  (15.00 €)

Outro valor anual.  \_\_\_\_,\_\_ € (preencher com o valor pretendido)

**Se pretender pagar mais do que 1 ano de quotas, preencha o número de anos pretendido: \_\_\_\_\_ (anos)**

**Nota:** Caso a sua proposta seja aceite: será contactado posteriormente com instruções para efetuar o pagamento do valor pretendido e ser-lhe-á enviado / entregue o respetivo cartão de associado.

Assinatura: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

## A Preencher pela APPACDM:

### Parecer da Direção

Deferido  Indeferido

Tipo de Associado:  Efetivo

Honorário

Benemérito

\_\_\_\_\_  
A Direção

### Serviços Administrativos

Entrada do pedido: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
A Colaboradora

Data de Admissão: \_\_\_ / \_\_\_ / \_\_\_\_\_

N.º de Associado: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
A Colaboradora