



APPACDM

Associação Portuguesa de Pais e Amigos do Cidadão Deficiente Mental de Moura

PROPOSTA PARA SÓCIO

Nome: _____

Morada: _____

Data de Nascimento: ___/___/___ Contactos: _____

Estado Civil: _____ Cônjuge: _____

Grau de parentesco com o cliente: _____

Nome do Cliente: _____

Tipo de Deficiência: _____

Proposta de quota mensal no valor de: _____

Tipo de sócio: Sócio apoiante

Sócio efectivo

Local de cobrança: _____

Moura, ___ de _____ de _____

Assinatura

Aceite Não aceite

Número de sócio atribuído _____

Observações: _____

O (a) Presidente da Direção
