

APCL – Associação de Paralisia Cerebral de Lisboa

Nº associado

Nome: _____

Morada: _____

Código postal: _____

Localidade: _____

Telefone fixo _____

Telemóvel _____

E-mail: _____

Data de nascimento _____

Nº contribuinte _____

Tem familiares com Paralisia Cerebral?

 Sim NãoAutoriza que as convocatórias e restantes comunicações sejam feitas preferencialmente via correio eletrónico? Sim Não

Quotização:

Euros:

 Mensal Trimestral Semestral Anual

A associação pode passar comprovativo de donativos dedutíveis no I.R.S. no montante que exceder a quota mínima (12,00€/ano)

Modo de pagamento:

Ordem permanente de transferência bancária¹ Transferência bancária² Envio de cheque Pagamento na sede/equipamento social

Nota 1: Caso opte pela ordem permanente de transferência bancária, solicita-se o preenchimento dos dados abaixo solicitados e envio da presente ficha por correio para o endereço da sede (com uma antecedência mínima de 15 dias).

Nota 2: O IBAN da APCL encontra-se no talão abaixo.

Nota 3: Caso pretenda indicar novos associados, solicita-se o envio de um formulário por associado

Nota 4: O envio da presente ficha de associado e respetivo comprovativo de pagamento (no caso de transferência bancária) pode ser realizado por e-mail: sede.associados@apcl.org.pt ou por correio.

Caso opte pela ordem permanente de transferência bancária o envio da presente ficha terá de ser realizado por correio para o endereço seguinte: Av. Rainha D. Amélia, 1600-676 Lisboa.

Para qualquer esclarecimento adicional poderá contactar os serviços por mail ou por telefone 217 540 692/3

✕

ORDEM PERMANENTE DE TRANSFERÊNCIA BANCÁRIA

Autorizo que seja debitado da minha conta nº _____ do Banco _____, Balcão de _____, NIB _____

_____ para pagamento da quota da

Associação de Paralisia Cerebral de Lisboa – A.P.C.L., conta nº 0480 0131 0008, no Novo Banco, Balcão do

Lumiar, IBAN 0007 0048 0000 1310 00813, no valor de Euro(s) _____

(_____ euros).

A periodicidade é anual e efetuada no dia _____ do mês de _____, a partir do ano _____.

Ordenante:

Nome: _____

Morada: _____

Código Postal: _____ - _____

Telefone: _____

Data: ____/____/____ Assinatura: _____