



INSTITUTO DE APOIO À COMUNIDADE
Proposta para Sócio

Nome: _____

Morada: _____

Localidade: _____ Telefone: _____

Código Postal: _____ Data de Nascimento: ____/____/____

Nº Contribuinte: _____ Email: _____

Quota Mensal : _____ €

Autorizo envio de correspondencia via mail Sim Não

Assinatura: _____ A Funcionária: _____

Data: ____/____/____

Reunião de Direcção: ____/____/____ Rubricas: _____

Aprovado

Rejeitado

Nº de Sócio Atribuido: _____