

Proposta de Associado

Nome Completo:

Nome Abreviado: Data de Nascimento:

Estado Civil:

Naturalidade: Freguesia:

Concelho: Nacionalidade:

Bilhete de Identidade: Emissão - Local: Data:

N.º de Contribuinte:

Habilitações: Profissão: Empresa:

Morada: CP:

Telefone: Telemóvel:

E-mail:

Tipo de Actividade:

Data

Assinatura

Sócio Proponente

N.º de Sócio: _____

Assinatura: _____

Direcção

Aprovado Recusado Data: ____/____/____

Assinaturas: _____

NIF: 507 057 406 · Rua Leopoldo de Almeida, nº 9 - A/B, 1750-137 Lisboa · raizes.aacj@gmail.com · www.raizes.pt

Autorização de Débito Directo

Identificação do Credor: 1 0 1 7 7 1

Número de Autorização:

(a preencher pelos serviços)

Nome: _____

autoriza que, por débito na conta abaixo indicada, se proceda ao pagamento **semestral** das quotas em vigor na Raizes - Associação de Apoio à Criança e ao Jovem.

NIB:

Assinatura: _____

Data: ____/____/____

(conforme assinatura no banco)