

BOLETIM DE INSCRIÇÃO DE SÓCIOS

N.º _____

(A preencher pela APTFeridas)

NOME*: _____

MORADA*: _____

CÓD. POSTAL*: _____ - _____ LOCALIDADE*: _____

TELEFONE*: _____ TELEMÓVEL*: _____

E-MAIL*: _____

DATA DE NASCIMENTO*: ____/____/____ N.º CONTRIBUINTE*: _____

B. IDENTIDADE/C. CIDADÃO*: _____ DATA DE VALIDADE: _____

PROFISSÃO*: _____

CARGO QUE DESEMPENHA: _____

INSTITUIÇÃO*: _____

SERVIÇO*: _____

TELEFONE: _____ EXTENSÃO: _____ FAX: _____

DATA*: ____/____/____

* Campos de preenchimento obrigatório

ASSINATURA

Jóia – 25 Euros
Quota Anual – 15 Euros
Total: 40 Euros

Pagamento por:

- Cheque passado à ordem de:

Associação Portuguesa de Tratamento de Feridas

- Transferência Bancária**:

IBAN n.º PT50 0007 0411 00150880007 72

** Enviar comprovativo da TB juntamente com a ficha de inscrição