



Associação de Familiares e Amigos do Cidadão
com Dificuldades de Adaptação da Serra Da Estrela

Ficha de Inscrição de Sócio

Dados de identificação

Nome: _____

Morada: _____

Localidade: _____ Código-Postal: _____ - _____

Telemóvel: _____ E-mail: _____

Data de Nascimento: __/__/____ NIF: _____ Nº BI/CC: _____

Caso tenha um familiar a frequentar a AFACIDASE, por favor indique:

Centro de Atividade Ocupacionais

Terapia

Outro (especificar) _____

Grau de parentesco: _____

Método de pagamento

1. **Transferência bancária:** CAIXA CRÉDITO AGRÍCOLA

SWIFT: CCCMPTPL

P	T	5	0	0	0	4	5	4	0	8	4	4	0	2	7	9	9	1	8	0	3	5	9	3
---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---	---

IBAN:

Nota: Sistema Débito Direto (SDD): a disponibilizar caso seja este o modo de pagamento da sua preferência

Proteção de dados – Autorização para envio de comunicações

Neste contexto a AFACIDASE solicita o seu consentimento para utilização do seu contato telefónico e/ou do seu e-mail para:

- Comunicação do valor anual das quotas a liquidar:
Autorizo Não Autorizo
- Comunicação / Envio das convocatórias das assembleias gerais anuais:
Autorizo Não Autorizo
- Divulgação de notícias, produtos e serviços da AFACIDASE:
Autorizo Não Autorizo