



ELEMENTOS OBRIGATÓRIOS:

<input type="checkbox"/> Pessoa singular	<input type="checkbox"/> Entidade
Nome/Designação (completo): _____	
C. Cidadão (B. Identidade) nº _____	Nº Contribuinte: _____
Residência/Sede _____	
Localidade _____	Código Postal _____ – _____
Contatos: Telefone: _____ Telemóvel: _____ e-mail: _____	

ELEMENTOS OPCIONAIS:

Data de nascimento: ___ / ___ / _____	NISS: _____	Atividade: _____	
Nível de habilitações (se aplicável):	Básico <input type="checkbox"/>	Secundário <input type="checkbox"/>	Superior <input type="checkbox"/>

RELAÇÃO COM A APPACDM-VN GAIA:

Amigo <input type="checkbox"/>	Familiar de:	Cliente <input type="checkbox"/>	Colaborador <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____
Nome do familiar (se aplicável) _____		Resposta Social _____		
Grau de Parentesco:	Pai <input type="checkbox"/>	Mãe <input type="checkbox"/>	Outro <input type="checkbox"/> Qual? _____	

QUOTA:

Valor da Quota: € _____	(mínimo de € 24,00 / ano - conforme estatutos da APPACDM de Vila Nova de Gaia)		
Modalidade de Pagamento:	<input type="checkbox"/> Mensal	<input type="checkbox"/> Semestral	<input type="checkbox"/> Anual

Proposto por: _____/_____/_____ _____	Assinatura do candidato: _____/_____/_____ _____	Admitido em Reunião de Direção _____/_____/_____ _____
---	--	--

A preencher pelos Serviços Administrativos

Nº Sócio atribuído: _____

