



FICHA DE ASSOCIADO

Fotografia

Este questionário é absolutamente CONFIDENCIAL
(todos os itens têm de ser preenchidos)

Nome Completo: _____

Nacionalidade: _____ Naturalidade: _____

Data de Nascimento: ____ / ____ / ____

Estado Civil: _____

Cartão de Cidadão Nº _____ NIF: _____

Residência: _____

Código Postal: _____ - _____ Localidade: _____

Telefone: _____ Telemóvel: _____

Email: _____

Habilitações Académicas: _____

Profissão: _____

Data: ____ / ____ / ____

Assinatura:

Valor anual da quota – 20€

Santander - IBAN: PT50 0018 0000 3815 805 00016 2

Millennium bcp – IBAN: PT50 0033 0000 0004 9885 4588 4

Caixa Geral de Depósitos – IBAN: PT50 0035 0824 0001 2614 3309 3

Banco Montepio – IBAN: PT50 0036 0000 9910 5901 7489 8

(Enviar comprovativo para o email: amigossantamaria96@gmail.com , para emissão de recibo)

Associação dos Amigos do Hospital de Santa Maria

Instituição Particular de Solidariedade Social

Associação Acreditada na CASES

NIF 503 771 988

Pavilhão da Associação - Hospital de Santa Maria Av. Professor Egas Moniz 1649-035 Lisboa

Tel.: 21 780 56 30 - Web: www.chln.pt e-Mail: amigossantamaria96@gmail.com