

FICHA DE INSCRIÇÃO DE ASSOCIADO

www.sosoncologico.pt | geral@sosoncologico.pt

ASSOCIADO Nº.



NOME COMPLETO

NACIONALIDADE DATA NASC.

Nº CONTRIBUINTE B.I. C.C. PASS

MORADA

LOCALIDADE CONCELHO

DISTRITO CÓDIGO POSTAL

TELEFONE TELEMÓVEL

E-MAIL

SELECIONE A SUA OPÇÃO DE PAGAMENTO DE QUOTA

€ 12,00 (DOZE MESES) € _____ OUTRO **ISENTO ***

LOCAL _____, _____ de _____ de 20 _____

Notas:

Assinatura do Associado

1. Depois de preenchida esta ficha poderá entregá-la junto dos nossos serviços ou enviar por:

- a) e-mail para: geral@sosoncologico.pt
 b) Correio para: SOS Oncológico, Unidade e Equipa Comunitária
de Cuidados Paliativos do Algarve
Travessa Dr. João Grade, 24
8400-377 Lagoa

2. O pagamento da quota poderá ser efectuado através de:

- **a) Transferência bancária para o NIB: 0045 7060 40263428035 73
 **b) Transferência bancária para o IBAN: PT50 0045 7060 4026 3428 0357 3
 c) Outros: _____

** Em caso de transferência bancária, envie cópia da transferência por mail ou correio

* A preencher pelos serviços

Aprovado a:

Mod. 004/2015/PT/SOS