

Proposta de Associado

Nome Completo	_____		
Nome Abreviado	_____	Data de Nascimento	_____
Estado Civil	_____		
Nacionalidade	_____	Freguesia	_____
Concelho	_____	Naturalidade	_____
Bilhete de Identidade	_____	Emissão - Local	_____
		Data	___/___/___
N.º de Contribuinte	_____		
Habilitações	_____	Profissão	_____
		Empresa	_____
Morada	_____	CP	_____
Telefone	_____	Telemóvel	_____
E-mail	_____		
Tipo de Actividade	_____	Data	_____
		Assinatura	_____
			___/___/___
Sócio Proponente	Direção _____		
N.º de Sócio:	_____	Aprovado	<input type="checkbox"/>
		Recusado	<input type="checkbox"/>
		Data:	___/___/___
Assinatura:	_____	Assinaturas:	_____

NIF: 507 057 406 - Rua Leopoldo de Almeida, no 9 - A/B, 1750-137 Lisboa - geral@raizes.pt

Autorização de Débito Direto

Identificação do Credor:	1 0 1 7 7 1
Número de Autorização:	<input type="text"/>
	(a preencher pelos serviços)

Nome: _____

Autoriza que, por débito na conta abaixo indicada, se proceda ao pagamento **semestral** das quotas em vigor na Raízes - Associação de Apoio à Criança e ao Jovem.IBAN:

Assinatura: _____ Data: ___/___/___

(conforme assinatura no banco)