SaltaPocinhas

BTT ®

PROPOSTA DE SÓCIO

(SÓCIO-BENEMÉRITO)

Nº _____/____

FOTO

DADOS PESSOAIS

NOME: _____

MORADA: _____

CÓDIGO POSTAL: _____/_____ LOCALIDADE: _____

TELEFONE: _____ CONTRIBUINTE: _____

DATA DE NASC. _____/_____/_____ / G. Sang. _____

BI/CC Nº _____ DATA DE VAL. _____/ _____/_____

PROFISSÃO _____ LOCAL DE TRABALHO: _____

E-MAIL: _____

(Para os devidos efeitos, autorizo o envio de informação com recurso ao meu e-mail pessoal)

☐ Pretendo ser sócio do ATALHO D'AVENTURA – ASSOCIAÇÃO DE CICLOTURISMO – SALTAPOCINHAS BTT, com a quota anual de € 12.
(Quota mínima anual é de € 12.00)

☐ Pretendo efetuar donativo, no valor de € _____

Pode efetuar a transferência bancária do valor em questão.
NIB Nº 003505060000572173032 (CGD- CAPARICA)

Caparica, _____ de _____ de _____

Assinatura

_____

CERTIDÃO DA DIREÇÃO

Certifico que foi proposto e aceite pela Direção, o Sócio acima mencionado.

Caparica, _____ de _____ de _____

O Presidente da Direção

ATALHO D'AVENTURA – ASSOCIAÇÃO DE CICLOTURISMO
SALTAPOCINHAS BTT **** Contrib. Nº 509316042
www.atalho-daventura.pt E-mail : saltapocinhasbtt@gmail.com

ANOTAÇÕES INTERNAS

Data de Admissão (entrada) _____/_____/_____ Sócio nº _____/_____ Ata nº _____/_____ de _____/_____/_____
Data de Demissão (saída) _____/_____/_____ Ata nº _____/_____ de _____/_____/_____

SEGURO

INICIO	Data _____/_____/_____ - Valor do seguro:_____ Tomei conhecimento que o seguro é de renovação automática em 01 de Abril de cada ano. Para desistir, terei de informar por escrito a Direção com a antecedência de 30 dias a contar do término do mesmo. Assinatura:_____
TERMO	☐ E-MAIL ☐ _____ (por outra via) Data _____/_____/_____ Assinatura:_____

SAÚDE

	MÉDICA/PESSOAL	PERÍODO	
DECLARAÇÃO			

INFORMAÇÔES (outras)