

**Documentos a entregar juntamente com a Ficha de Inscrição:**

-Fotocópia do Documento de Identificação (Bilhete de Identidade / Cartão de Cidadão / Outro)

-Documento de Autorização de Débito Directo em Conta

Recebido: _____

A preencher pela Associação SOS Autismo

N.º de Associado ____/20__

Data de Admissão: ____/____/20__

PROPOSTA DE ADMISSÃO

Nome do Candidato: _____

Data de Nascimento: ____/____/____ Nacionalidade: _____

Morada: _____

Localidade: _____ Código Postal _____

Telefone/Móvel: _____ E-mail: _____

Profissão: _____

Habilitações Literárias/Científicas: _____

Contribuinte: _____

Relação com as Perturbações do Espectro do Autismo (PEA)

Conhece pessoas diagnosticadas com PEA? SIM ____ NÃO ____

Se sim. Qual o grau de parentesco? _____

Ou se profissional. Qual a área? _____

Diagnostico: _____

Data do último diagnóstico: ____/____/____

Qual ou quais os tipos de intervenções aplicadas _____

QUOTIZAÇÃO (ESCOLHER OPÇÃO)

Quotização Mensal Pessoa Individual

5€

Quotização Mensal Pessoa Coletiva

25€

Quotização Semestral Pessoa Individual

30€

Quotização Semestral Pessoa Coletiva

150€

Quotização Anual Pessoa Individual

60€

Quotização Anual Pessoa Coletiva

300€

Data ____/____/____ Assinatura _____

A presente proposta destina-se à recolha de dados pessoais necessária à cobrança de quotizações e contactos com os associados no âmbito da atividade estatutária da Associação SOS AUTISMO – nomeadamente para divulgação das várias ações e iniciativas da Associação. Nos termos da Lei 67/98 de 26/10 (Lei de Proteção de Dados Pessoais), é garantido ao Associado o direito de acesso aos dados que lhe dizem diretamente respeito, podendo solicitar a qualquer momento o acesso, retificação ou eliminação dos mesmos. Responsável pelo tratamento dos dados:

Associação SOS AUTISMO, sito na Est. Nac.367, n.º536, Fração B, 2125 - 121 Marinhas.

Autorizo que os dados que me dizem respeito sejam publicados, de forma anónima e para fins estatísticos, em websites SOS Autismo



AUTORIZAÇÃO DÉBITO EM CONTA PARA DÉBITOS DIRECTOS

Entidade Credora:

Número de Autorização:

Nome:

Associação SOS Autismo

Contribuinte:

Morada:

Estrada Nacional 367, n.º536, Fração B
2125 - 121 Marinhas

Por débito da minha / nossa conta abaixo indicada queiram proceder ao pagamento das importâncias que lhes forem apresentadas por Associação SOS Autismo.

Banco:

Balcão:

NIB:

IBAN:

Assinatura: _____

(conforme documento de Identificação)