



Associação de Defesa e Apoio da Vida

ADAV – Coimbra

Sócio Número: _____

Nome: _____
Morada: _____ _____
Código Postal: _____ - _____ Localidade: _____

Bilhete de Identidade: _____	Data e Local de Emissão: _____
Estado Civil: _____	Profissão: _____
Nº Contribuinte: _____	

Contribuição Anual: _____ (mínimo 30 Euros por ano*)	Contactos:
Pagamento: _____ Anual: _____	Residência: _____
Banco: _____	Trabalho: _____
Delegação: _____	Telemóvel: _____
Conta: _____	Fax: _____
NIB: _____	e-mail: _____

Sócios Proponentes: _____ _____
O Candidato
Data : ___ / ___ / ___ _____
Os Sócios Proponentes

A preencher pela Direcção
Parecer: _____ Favorável ___ Desfavorável _____
Data : ___ / ___ / ___
O Presidente da Direcção

*Sobre as quantias que excedem a contribuição mínima poderá ser passado recibo para efeitos de desconto de IRS.