

Dados Pessoais:

Nome: _____
Morada: _____
Código Postal: _____ - _____ Localidade: _____
Telefone: _____ E-mail: _____
Telefone Emprego: _____ Telemóvel: _____
Sexo: Masculino Feminino Data de Nascimento: ____/____/____ Idade: _____
B.I/ C.C: NIF: _____
Naturalidade: _____ Nacionalidade: _____
Nº Segurança Social: _____

Tem algum familiar ou amigo com Doença de Alzheimer ou outra forma de Demência?

Não

Sim

Quem? (pai, mãe, irmão, amigo, etc.) _

Se desejar, indique-nos os dados da pessoa com Demência:

Nome: _____

Morada: _____

Freguesia: _____ Concelho: _____

Data de Nascimento: ____/____/____

Há quanto tempo foi diagnosticada a Doença? _____

Nome do cuidador: _____

Assinatura: _____

A preencher pela Alzheimer Portugal

Associado n.º: _____

Data: : ____/____/____

Delegação: _____

PAGAMENTO DE QUOTAS:

35,00€ para pessoas individuais | 150,00€ para pessoas coletivas / organizações:

1. Por Multibanco ou Cartão de Crédito, através do sistema de pagamentos Easympay em www.alzheimerportugal.org
2. Serviço de Débito Direto, preenchendo o formulário online.
3. Transferência Bancária para o NIB 003600299910012048352, enviando o comprovativo para a Alzheimer Portugal
4. Cheque ou vale de correio, enviado para a Alzheimer Portugal