

Ficha de Inscrição para Associados



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 nº: _____ Data: ____ / ____ / ____

Delegação: _____

PAGAMENTO DE QUOTAS:

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

1. Por MBWAY através do número 968854727, com a indicação do nome e envio da ficha de inscrição por e-mail para: associados@alzheimerportugal.org
2. Serviço de Débito Direto, preenchendo o formulário online disponível em:
3. Transferência Bancária para o NIB 003600299910012048352, enviando o comprovativo e ficha de inscrição para: associados@alzheimerportugal.org