



ASSOCIAÇÃO PORTUGUESA DE PAIS E AMIGOS DO CIDADÃO DEFICIENTE MENTAL
VIANA DO CASTELO

Telefone: 258 806 500 - Fax: 258 806 506 appacdm@appacdm-viana.pt
RUA GAGO COUTINHO, 43 - 4900-510 VIANA DO CASTELO

Nº DE ASSOCIADO

FICHA DE INSCRIÇÃO DE ASSOCIADO

Para preenchimento basta colocar o cursor no retângulo onde pretende escrever

NOME Nº CONTRIBUINTE

DATA DE NASCIMENTO BI CC VALIDADE

MORADA

CÓDIGO POSTAL - LOCALIDADE

TELEFONE TELEMÓVEL EMAIL

LOCAL DE COBRANÇA

VALOR , € NUMERÁRIO CHEQUE DÉBITO NO VENCIMENTO (para trabalhadores)

Assinalar com uma cruz MENSAL TRIMESTRAL SEMESTRAL ANUAL

TIPO DE ASSOCIADO *A preencher pelos Serviços Centrais/Administrativos*

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/> FAMILIAR DE CLIENTE <input type="checkbox"/> GRAU DE PARENTESCO <input type="text"/>
	NOME DO CLIENTE <input type="text"/> NISS <input type="text"/>
	<input type="checkbox"/> TRABALHADOR / A <input type="checkbox"/> DATA DE ADMISSÃO NA INSTITUIÇÃO <input type="text"/> DATA DE DELIBERAÇÃO EM ASSEMBLEIA <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> EFETIVO	<input type="checkbox"/> OUTRO <input type="checkbox"/> <input type="text"/> DATA DE DELIBERAÇÃO EM ASSEMBLEIA <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> HONORÁRIO	DATA DE DELIBERAÇÃO EM ASSEMBLEIA <input type="text"/>
<input type="checkbox"/> APOIANTE	<input type="text"/>

NOME DO ASSOCIADO:

Declaro que consinto que sejam recolhidos e sujeitos a tratamento os meus dados pessoais descritos nesta Ficha de Associado, e que estes dados sejam sujeitos à recolha; registo; organização, estruturação; conservação; adaptação; recuperação, consulta e utilização; divulgação por transmissão, difusão ou qualquer outra forma de disponibilização às autoridades competentes; comparação ou interconexão, limitação, apagamento ou a destruição. Declaro ainda que consinto, na medida que tais atividades de tratamento sirvam para instrução dos procedimentos inerentes à inscrição como Associado da APPACDM de Viana do Castelo. Mais, fui informado que os dados serão mantidos até à recusa em ser Associado; que a APPACDM de Viana do Castelo é responsável pelos tratamentos consentidos e o seu representante para efeitos de contacto é Luiz Carlos Teixeira da Costa, com contacto scentrais@appacdm-viana.pt, e que tenho direito a apresentar reclamação à entidade de controlo.

DATA ASSINATURA