



**APPDA-Leiria**

*Associação Portuguesa para as Perturbações do Desenvolvimento e Autismo de Leiria*

## FICHA DE ASSOCIADO

Associado Nº: \_\_\_\_\_

Nome: \_\_\_\_\_

Morada: \_\_\_\_\_

Código Postal: \_\_\_\_\_ - \_\_\_\_\_ Localidade: \_\_\_\_\_

NIF: \_\_\_\_\_ Profissão: \_\_\_\_\_ Data Nasc.: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Tlm: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

Nome do familiar com autismo: \_\_\_\_\_

Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

Integração: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

Modo de Pagamento: (valor mínimo da quota anual: 24€)

- Transferência bancária (**NIB 0007 0000 00727695456 23**);
- Numerário
- Cheque (emitido à **ordem de APPDA Leiria**).

Se o pagamento for efetuado por transferência bancária, agradecemos o envio de cópia do respetivo comprovativo de pagamento.