



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.